



Curso de Conclusão de Complemento Licenciatura em Enfermagem

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Helena Anita C. dos Santos

Nilton dos Santos Miranda

Paulo Valeriano Andrade

Mindelo

Fevereiro, 2013

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Helena Anita C. dos Santos

Nilton dos Santos Miranda

Paulo Valeriano Andrade

Dissertação apresentada ao curso de conclusão de complemento de licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo como requisito para obtenção do título académico ao nível supracitado.

Orientador: Prof. Carlos David

Mindelo

Fevereiro, 2013

Dedicatória

Aos nossos familiares que são a grande razão e incentivo para o nosso desenvolvimento, pessoal intelectual e profissional.

Da mesma forma, gostaríamos de dedicar este trabalho aos nossos colegas enfermeiros, com sentido de partilha de conhecimento, que nos afigura uma pedra basilar da nossa nobre função cuidar daqueles que se encontram impossibilitados de cuidar de si.

Agradecimento

*Aos Mestres Sahaida do Rosário e Carlos David
pela tolerância e pelas suas hábeis orientações.*

*Ao amigo José Bandeira Barros pelo
encorajamento e disponibilidade.*

*A todos que de forma directa ou indirecta
colaboraram na execução deste trabalho.*

Obrigada a todos

RESUMO

Dos diferentes estudos e outras obras bibliográficas das pesquisas exploratórias decorrentes desse trabalho, sobressai como um dado incontornável o facto de o traumatismo craniano representar uma das causas com maior índice de mortalidade. A população masculina é apontada como a que mais atingida por esse tipo de trauma provocado essencialmente por acidentes de viação e quedas. Para além do elevado índice de mortalidade a que está associado o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), esta referenciado como um dos mais importantes redutores de capacidades no seio da população activa. Um quadro que interpela os profissionais de saúde sobre as melhores condutas a serem adoptadas no atendimento das vítimas, que nessas circunstância, apresentam lesões numa das partes vitais do corpo, pelo que é imperativo um correcto e atempado diagnóstico, bem como tratamentos condizentes para se evitar consequência gravosas para a saúde e vida do paciente. Daí a importância da capacidade técnica das equipas de urgência no atendimento dos casos de traumatismo craniano, no qual assume um papel relevante o enfermeiro.

A nossa pesquisa como enfoque a enfermagem, no cuidado aos pacientes vítimas de TCE em serviço de urgência/emergência. Tentar-se-á entender o nível dos serviços actualmente prestados, e até que ponto o profissional de enfermagem estará suficientemente preparado para dar assistência necessária a este tipo de paciente, facilitar a sua rápida recuperação, evitando assim maiores complicações e diminuindo o tempo de internamento hospitalar. Nesse particular, é igualmente propósito, perceber e realçar a sistematização de enfermagem como algo imprescindível para esse tipo de cuidado.

E porque a humanização do cuidado de enfermagem é actualmente tida como vertente fundamental e pressuposto básico de um competente serviço de assistência, assim tentaremos aperceber se existe ou não uma cultura colectiva do verdadeiro sentido do cuidar em enfermagem e as implicações daí decorrentes na qualidade do serviço prestado que, por sua vez e inevitavelmente, estará atrelada as políticas administrativas traçadas para o sector.

Confrontado o resultado da revisão bibliográfica com a situação vivida nos nossos serviços de saúde, estar-se-á em condições de melhor aferir sobre o grau de observância dos

preceitos indispensáveis a um competente serviço de cuidado e procurar soluções para as falhas e/ou carências.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem, Humanização, Sistematização, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE).

ABSTRACT

The focal point of this monograph is that cranial encephalic traumatism represents one of the causes with higher mortality rates, according to the research we carried out. Male population is pointed out as the most affected by this problem, especially due to accidents and falls. Besides the high mortality rate associated with cranial encephalic traumatism, it is also understood as one of the most capacity reducing factors among the active population. This represents a problem that health professionals have to face in terms of the best behaviours to be adopted when assisting the victims that, under these circumstances, are injured in one of the vital parts of their body, requiring a correct and timely diagnose as well as suitable treatment to avoid serious consequences for the patients' health and life. Therefore, this is a context where the urgency nurses play a very important role in terms of technical capacity to give assistance in the cases of cranial encephalic traumatism.

This researches is based on nursing care to the clients with greater focus on the victims of cranial encephalic traumatism admitted into the emergency services. We will try to understand the level of the service provided at present, and how far the nursing personnel is prepared to give the necessary assistance to this type of patients and to facilitate their quick recovery, preventing, thus, major complications and reducing their permanence in hospital. In particular, it is worth understanding and highlighting the systematization of nursing as something indispensable for this type of medical care. As humanization of health nursing care is taken as an essential element and a basic presupposition for a competent assistance service, we will try to understand if there is a collective culture of the real meaning of nursing care and of the implications of the quality of service rendered,

which, in turn, must be closely linked to the administrative policies adopted for this sector. Matching the bibliographical research carried out with the existing situation in our health services, may lead to take conclusions on the degree of observance of the basic principles to be followed by a competent nurse care service and to look for solutions to eventual failures or needs.

Key words: Nursing Care / Humanization / Systematization / Cranial Encephalic Traumatism.

Índice

Introdução	01
Objecto de Estudo	03
Justificativa	03
Objectivos	04
Material e Metodologia	05
Traumatismo Crânio Encefálico	05
Atendimento em Urgência Hospitalar	09
Quadro Clínico do Paciente Vítima de TCE	09
Cuidados de Enfermagem Urgência/Emergência ...	16
Cuidar em Enfermagem: Conceitos e definições	16
Cuidar enquanto processo	20
Humanização dos cuidados de enfermagem [...]	24
Entraves ao Processo de Humanização em C. Verde	29
Dificuldades Enfrentadas pela Enfermagem	39
Proposta de Melhoria	42
Considerações Finais	45
Anexos	
Escala Ramsay	I
Escala Glasgow	II
Protocolo de Atendimento de Vítima de TCE	III

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Diagrama de Fisiopatologia	08
Diagrama de Classificação de TCE	15
Representação gráfica do cuidar segundo Waldow	21
As Dimensões do Cuidar - Guimarães e Bastos	22
Tabela de Triagem de Manchester	31
Fluxograma de Acolhimento e Classificação de Risco	32

1. INTRODUÇÃO

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) pode ser definido, como qualquer lesão que envolva não somente o encéfalo, como inicialmente se imagina, mas que acometa a calota craniana e o sistema nervoso central (PIRES, 2006).

É a lesão mais frequente e a principal causa de morte nos pacientes vítimas de causas externas – acidentes de trânsito, agressões, acidentes de trabalho, homicídios, suicídios e muitos outros.

Segundo Silva (2006), no Estado de Santa Catarina, as estatísticas apontam que as causas externas de morbidade e mortalidade ocuparam no ano de 2004, o 4º lugar no ranking de causas de mortalidade, representando 13,6%. Entre as faixas etárias, o trauma prevaleceu nas idades entre 5 a 14 anos em ambos os sexos e, acima de 15 anos, prevalecendo no sexo masculino.

“O trauma constitui-se a 1ª causa de morte entre adultos jovens, sendo a 3ª causa na população em geral, considerando todas as faixas etárias. Cerca de 40% dos pacientes admitidos em uma unidade de emergência foram vítimas de trauma mecânico, sendo o TCE responsável por cerca de 50% dos óbitos e pela maioria das mortes precoces relacionadas a esses traumas, além de causar comprometimento funcional grave e prolongado nos sobreviventes”. – (Pires, 2006; p.323),

O cuidado de enfermagem às vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE) deve ser feito em condições tais que garantam o máximo de segurança aos pacientes. Para tal, necessário se torna que a unidade de saúde de acolhimento em urgência/emergência a vítimas de TCE reúnam condições humanas, técnicas e materiais à altura das exigências, além de um serviço prestado de forma planeada e sistematizada. O indivíduo atingido de TCE e sua família, ao chegarem à unidade de emergência, tendem a sentir um certo, ainda que ligeiro, alívio embora invadidos de um misto de apreensão e esperança. Depositam todas as esperanças e fé na equipa de enfermeiros e médicos, na sua capacidade até de produzir “milagres”.

É certo que esse quadro de contornos quantas vezes dramáticos podem afectar o próprio profissional de enfermagem, mas é a ele que compete gerir e assumir a situação em

primeira instância, pondo em prática todas as suas aptidões técnico-científicas, não para cuidar do corpo, mas do indivíduo no seu todo e em interação com o mesmo, sem se esquecer da família deste.

O cuidado de enfermagem às vítimas de TCE deve ser planeado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Implica refletir sobre o seu planeamento, pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente visando a proteção das vítimas e prevenção de complicações futuras.

O enfermeiro enquanto prestador do cuidado ajuda o paciente a readquirir a saúde através do processo de cura, abordando as necessidades de cuidado da saúde holística do paciente, incluindo as medidas para restaurar o bem-estar emocional, espiritual e social (POTTER; PERRY, 1999).

Se até há algumas décadas atrás a cura aplicada ao paciente era dirigida ao corpo atingido, existe actualmente uma tendência bastante afirmada de que o processo de cuidar em enfermagem deve visar sobretudo o indivíduo ajudando-o a enfrentar positivamente seus desafios.

Os hospitais, enquanto organizações, podem garantir meios técnicos materiais e humanos com o objetivo de procurar assegurar-se a recuperação/cura do paciente, mas nem sempre esses meios têm em linha de conta o lado humano do relacionamento da organização com o utente. É então que o enfermeiro, enquanto profissional assumido, é chamado a fazer valer os seus conhecimentos prático-científicos e organizacionais, mas também a filosofia intrínseca à especialidade e a sua sensibilidade humana. Embora seja a humanização da assistência uma responsabilidade de toda a organização, é à equipa de enfermagem, que compete torná-la real praticável e perceptível.

Mas, estarão os enfermeiros em Cabo Verde preparados para a assunção de tamanha responsabilidade? A partir da revisão de conceitos sobre o traumatismo crânio encefálico, a enfermagem e cuidado de enfermagem tentar-se-á identificar o nível de aproximação que existe entre o caso de Cabo Verde e o ideal universal. E, uma vez identificadas as lacunas e suas causas, sugestões de melhoria serão apresentadas em jeito de subsídio para a melhoria do cuidado em enfermagem neste país.

2. OBJECTO DE ESTUDO

O presente trabalho faz uma abordagem à actuação do enfermeiro no atendimento a pacientes com traumatismo crânio encefálico.

3. JUSTIFICATIVA

Estudos diversos demonstram que ao desenvolvimento tecnológico está associado o agravamento de casos de acidentes responsáveis por um crescente número de vítimas de traumatismo crânio encefálico. Países como o nosso, até há pouco afastados desse patamar de desenvolvimento têm grande necessidade de se preparar para lidar com os seus efeitos, tanto mais que desse processo resultam também mudanças bruscas de hábitos e atitudes que contribuem para o agravamento estatístico de casos de TCE. A questão ganha maior relevância quando constatamos que esses acidentes são responsáveis por uma percentagem significativa de óbitos em todo o mundo (Annex Tables World Health Report 2004).

O traumatismo crânio encefálico deve ser considerado um fator de preocupação para os profissionais da saúde, visto poderem suas consequências e sequelas promover desde a perda de qualidade de vida dos pacientes até mesmo ao óbito, conforme a gravidade do caso.

Tratando-se de lesões directas à zona cerebral, o traumatismo craniano afecta partes vitais do corpo humano, pelo que deve ser analisado por profissionais capacitados para que os procedimentos adequados sejam com propriedade e atempadamente providenciados.

Espera-se do enfermeiro que veja o paciente como um todo, principalmente vítimas de TCE, pois muitos deles encontram-se em estado de inconsciência, com várias lesões, pelo que requerem cuidado redobrado, para que sua situação não se agrave.

Além do implícito crescimento pessoal e profissional a execução de um tal trabalho, proporcionando a oportunidade de refletir ainda mais sobre o gestão do cuidado aos pacientes vítimas de TCE, permitirá seguramente entender de forma mais clara o real estado do cuidado em enfermagem nos nossos serviços hospitalares de urgência/emergência, identificar as suas carências e ajudar na superação das mesmas.

Justamente por ser entendido assim e por constituir dever de todos contribuir para atenuar esses efeitos, foi escolhido o presente tema, esperando-se que venha a contribuir para que, a partir de questões nele suscitadas, se proceda a um levantamento mais exaustivo da situação que se vive atualmente nos nossos centros de Urgência/Emergência e se introduzam mecanismos corretivos conducentes a habilitá-los para um atendimento mais próximo do ideal universal, que se pretende seja assente numa assistência competente sistematizada e mais humanizada possível, com profissionais de enfermagem suficientemente preparados para dar assistência necessária a este tipo de paciente.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

O principal objetivo deste trabalho é, a partir do estudo dos fundamentos teórico-filosóficos e da literatura científica sobre a especialidade, confrontados com a análise objetiva no terreno, compreender e identificar intervenções de enfermagem prestados nas unidades de Urgências/Emergências em situação de traumatismo crânio encefálico (TCE).

4.1. Objetivo específicos

Identificar através da bibliografia, confrontada com a análise objetiva no terreno as competências das equipas de enfermagem que prestam serviço nas unidades de assistência a vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE).

Identificar estratégias ao nível da organização dos serviços de atendimento em urgência/emergência a vítimas de traumatismo crânio encefálico.

Identificar pontos fracos e carências das unidades de atendimentos a utentes vítimas de TCE em matéria de organização e planeamento da assistência a vítimas de TCE.

Demonstrar a importância, os ganhos e a necessidade da sistematização e da humanização dos serviços de assistência nas unidades de Urgências/Emergências.

5. MATERIAL E METODOLOGIA

O presente trabalho foi concebido com base nos pressupostos de uma abordagem de investigação exploratória qualitativa e de revisão bibliográfica.

Para a sua elaboração privilegiou-se como procedimento a colheita de dados com recurso a documentação científica como publicações oficiais, teses, dissertações, manuais, monografias, periódicos e artigos da especialidade, nomeadamente de revisões sistemáticas da literatura e de investigação, com maior incidência sobre os de origem brasileira e portuguesa, por maior afinidade com a língua dos seus autores, mas também porque mais próximos da nossa realidade em virtude das ligações culturais. E para afastar os riscos de eventuais posicionamentos de contornos anacrónicos, privilegiou-se as referências bibliográficas mais próximas dos dias atuais. Optou-se pelo recurso a diversos *sites*, sobretudo os especializados em questões ligadas à saúde, fóruns e portais de instituições académicas credíveis e bases de dados, foram as principais alternativas retidas. Nalguns casos foi útil a contribuição de pessoas que muito amavelmente disponibilizaram suas bibliotecas privadas.

No processo de colheita dos dados, foram selecionados artigos científicos, com descritores cujo conteúdo se relacionava com a temática, tais como: enfermagem; traumatismo crânio encefálico; atendimento hospitalar humanizado; sistematização da assistência de enfermagem a vítimas de TCE; protocolo de atendimento a vítimas de TCE (incluindo o da República de Cabo Verde, para confrontação com os demais).

6. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

6.1. Anatomia e Fisiologia

O cabelo, o couro cabeludo, o crânio, as meninges e o líquido cefalorraquidiano protegem o cérebro de lesões. Outras das estruturas ósseas importantes são as depressões na base do crânio, designadas por fossas anterior, média e posterior. As meninges, em três camadas, envolvem o cérebro e proporcionam proteção suplementar. A meninge externa é a dura-máter, a camada meníngea média é a aracnóideia, uma camada fina e elástica colada a

superfície do cérebro é a pia-máter. O cérebro é composto por dois hemisférios separados por uma cissura longitudinal e apresenta vários lobos entre as quais frontal, temporal, parietal e occipital, onde cada uma é responsável por funções específicas. O cerebelo situa-se na fossa posterior contígua. O tronco cerebral é composto pelo bulbo raquidiano, mesencéfalo, ponte-de-Varolio e medula e é também no tronco cerebral que têm origem os nervos cranianos. (SHEEHY, p. 283 e 285)

a) Epidemiologia

De acordo com vários estudos já realizados o (TCE) é a principal causa de morte em pacientes com traumatismo. Nos EUA, a lesão traumática cerebral é responsável por 150000 hospitalizações/ano. Destas, cerca de 120000 são classificadas como lesões cerebrais graves. Anualmente morrem entre 75000 e 90000 pessoas, devido a esses traumatismos (PHIPPS, SANDS, MAREK, p.675)

De acordo com um trabalho apresentado ao curso de Pós-graduação em enfermagem de emergência e urgência – estudos de enfermagem e nutrição/Universidade católica de Goiás, os eventos traumáticos mais frequentes são os que envolvem motociclistas, seguidos de acidentes automobilísticos e de quedas. A prevalência de acidentes com motocicletas pode ser explicada pelos seguintes fatores: motociclistas apresentam maior exposição corpórea; maior dificuldade de visualização de motocicletas por outros motoristas; maior prevalência de comportamentos inadequados no trânsito por parte destes.

b) Definição

O traumatismo crânio encefálico pode ser definido como qualquer trauma no couro cabeludo, crânio ou cérebro (Luckmann e Sonensen - Enfermagem médico cirúrgica-1996)

c) Etiologia

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003: 1961) a traumatismo crânio encefálico pode ser resultante de lesão do couro cabeludo, crânio e tecidos ósseos, quer individual quer em conjunto.

Os acidentes com veículos automóveis são as maiores causas de traumas de cabeça. Outras causas são assaltos, quedas e acidentes. (Luckman e Sorensen, 1996-712).

Enquanto (Smeltzer e Bare, 2002-1603) argumentam que outras causas de traumatismo crânio encefálico, englobam quedas, agressões e lesões desportivas.

d) Fisiopatologia

É de extrema importância conhecer os mecanismos da lesão cerebral, tendo em conta que pode haver consequências tanto a “nível sensiomotor, cognitivo e comportamental”

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003: 1962) os mecanismos das lesões são de três tipos gerais: deformação, aceleração/desaceleração/rotação. Deformação - resulta da transmissão de energias ao crânio. Se a energia for suficiente, há deformação ou fratura craniana. As lesões de aceleração/desaceleração ocorrem, tipicamente, quando há movimento de aceleração do crânio, inerente a movimentos de veículos motorizados, sofre desaceleração brusca pelo embate num objeto fixo, com o volante e o para-brisas (...) o cérebro pode, também, sofrer torção por forças rotativas, provocando tenção, estiramento e rutura difusa do tecido cerebral”.

Para Phipps, Sands e Marek (2003:1962 a 1964) existem varias formas de traumatismo crânio encefálico, que podem ser agrupadas em duas grandes categorias:

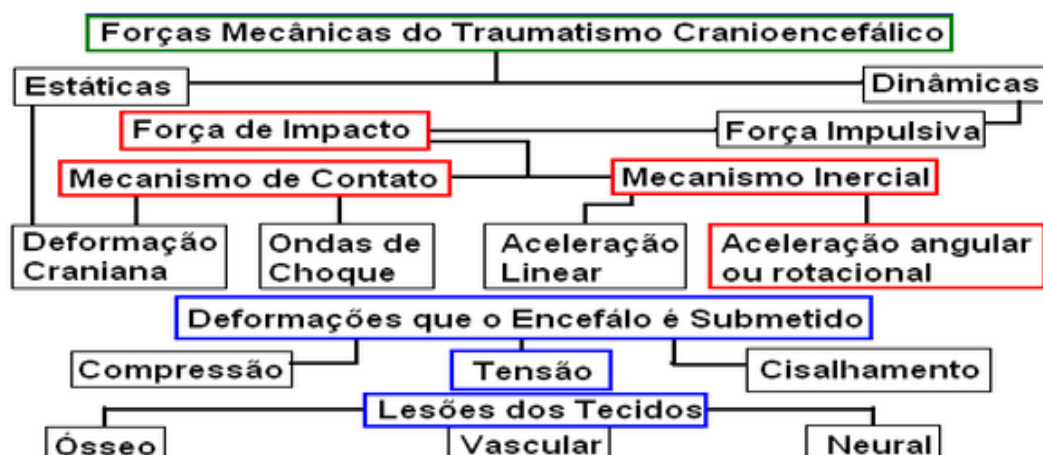
- **Lesão primária**, que inclui:
 - Fraturas cranianas, que podem ser: Lineares - aparecem no raio X como uma linha fina; Fragmentadas e afundadas - que não raras vezes envolvem deslocamento ósseo para baixo, afectando o tecido cerebral; Da base do

crânio - de particular gravidade visto poder acarretar lesão irreversível a nível dos centros nervosos, nervos cranianos e vias nervosas para a vítima.

- Concussão - caracterizada por efeitos imediatos e transitórios de origem mecânica sobre a função neurológica.
- Contusão - lesão provocada pelo movimento rápido do cérebro, com estiramento e lesão dos axónios. Deste tipo de lesão, que interfere com a neurotransmissão, podem resultar défices extensos e difusos.

▪ **Lesão secundária** – manifesta-se como uma resposta do organismo ao trauma inicial e apresenta-se das seguintes formas:

- Edema cerebral- que é a resposta à lesão local, com hemorragia e perturbações na circulação sistémica.
- Aumento da pressão intracraniana- provocado pelo edema vasogénico que é a lesão das células que revestem os vasos sanguíneos, tornando os capilares mais permeáveis e permitindo a fuga de líquidos para os espaços intersticiais.
- Hematoma- o hematoma subdural forma-se por retenção de sangue entre a dura-máter e a calote craniana. Hematoma epidural dá-se quando há fraturas cranianas da base e temporal.



e) Causas

Figuram entre as principais causas do TCE os acidentes de viação, quedas, agressões, lesões por arma de fogo, catástrofes, atividades desportivas, entre outras, cabendo a maior percentagem aos acidentes de viação, responsáveis por mais de 50% dos casos e donde resulta maior número de inválidos e óbitos.

6.2. Atendimento em Urgência Hospitalar às Vítimas de TCE

A preocupação em relação aos pacientes com sintomas de traumatismo crânio encefálico se faz em decorrência das sequelas que podem surgir mediante a natureza do trauma, o que pressupõe que se proceda a um diagnóstico correto das condições de saúde do paciente e se trace um quadro clínico preciso para que possam ser observados os procedimentos adequados e necessários com vista à recuperação do paciente.

Inicialmente o tratamento será clínico e/ou cirúrgico, em seguida, após o quadro clínico do paciente se estabilizar, começarão as terapias para reabilitação. Pacientes com TCE são acompanhados por uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. A abordagem do tratamento deve ser global, tendo como objetivo alcançar o maior grau de funcionalidade, proporcionando a esses indivíduos maior nível de independência e qualidade de vida. (MARCHESE - Traumatismo Crânio encefálico - TCE)

6.2.1. Quadro Clínico do Paciente Vítima de TCE

O paciente vítima de TCE muitas vezes apresenta alteração de consciência, e dependendo da extensão e gravidade da lesão, pode evoluir para o coma, podendo permanecer nesse estado por horas, dias ou semanas.

Dependendo do tipo de lesão, da sua gravidade e da sua localização, das lesões cranianas podem resultar variados tipos de sinais e sintomas. As lesões cranianas são geralmente agrupadas em três categorias:

- **Traumatismo craniano ligeiro** — Quando se verifica uma lesão mínima do exterior do crânio, sem perda de consciência, podendo a vítima vomitar uma ou duas vezes e queixar-se de dor de cabeça (cefaleia).
- **Traumatismo craniano moderado** — Quando se verifica uma lesão mais evidente do exterior do crânio e a pessoa pode ter perdido a consciência por um breve período de tempo. Outros sintomas podem incluir perda de memória (amnésia), cefaleia (dores de cabeça), tonturas, sonolência, náuseas, vômitos e confusão. Por vezes é visível uma descoloração tipo nódoa negra em redor dos olhos ou por detrás da orelha e o aparecimento de um líquido claro vertendo do nariz. Este líquido não é muco, mas sim líquido cefalorraquidiano (líquido protetor que rodeia o cérebro) que verteu através de uma fratura craniana perto do nariz.
- **Traumatismo craniano grave** — Quando no paciente se verifica lesão grave do exterior do crânio, acompanhada, muitas vezes, de lesões que envolvem o pescoço, braços, pernas ou órgãos corporais importantes. Na maioria dos casos, a pessoa fica inconsciente ou quase sem reação, sendo que nalguns casos ocorrem alterações comportamentais/emocionais que incluem comportamento imaturo, perda da autoconfiança, desmotivação, irritabilidade e agressividade, situações que a equipa das urgências deverá saber prever e gerir com propriedade.

Ocorre também que algumas pessoas com lesão craniana grave apresentem convulsões.

6.2.2. Diagnóstico

Tratando-se de situações de particular delicadeza, os casos que envolvem lesões cranianas devem ser avaliados, imediatamente por um médico em serviço de urgência. Contudo, com vista a agilizar/facilitar o trabalho do médico, deverá(ão) o(s) enfermeiro(s) que tiverem recebido o utente em urgência e classificado a situação como sendo de emergência, antecipar-se na recolha de certas informações tidas como fundamentais para o correto diagnóstico médico. Caso o paciente não esteja em condições de informar, poderá o

enfermeiro recorrer ao membro da família ou outro acompanhante presente e/ou, quando possível, ao pessoal do serviço que tiver prestado assistência pré-hospitalar.

6.2.3. Classificação

1. Mecanismo, morfologia anatômica ou gravidade

Segundo Carvalho LFA *et al.*, de acordo com seu mecanismo, morfologia anatômica ou gravidade, o TCE pode ter a seguinte classificação:

1. Quanto ao Mecanismo:

Classifica-se o trauma em fechado (contuso) ou penetrante, sendo que o primeiro está geralmente associado a acidentes de trânsito, quedas e agressões, enquanto que o segundo resulta predominantemente de ferimentos causados por armas de fogo ou arma branca. A primeira é a que mais comumente se registra em crianças.

2. Quanto a Morfologia Anatômica:

Subdividem-se aqui em lesões extracranianas, intracranianas e fraturas do crânio.

- Extracranianas rasgam o couro cabeludo, resultando em sangramento e hematomas, como por exemplo, o hematoma subdural.
- Intracranianas podem ser focais ou difusas. E as fraturas do crânio podem ser lineares, comotivas, e com afundamento.

3. Quanto a Gravidade:

O nível de gravidade é normalmente avaliado com recurso à Escala de Glasgow (ECG) ou à de Ramsay que permitem determinar o nível de consciência de um paciente vítima de TCE, pela avaliação da sua resposta verbal, motora e ocular. É através dessa escala que o TCE será classificado como leve, moderado ou grave.

6.2.3.1. Escala de Glasgow e Escala de Ramsay

a) Escala de Ramsay

Escala de Ramsay, é um tipo de escala subjetiva utilizada para avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente (o paciente pode sentir dores) ou demasiadamente excessiva (colocando-o em risco de morte). Tem sido usado principalmente para avaliar pacientes em unidade de terapia intensiva.

A escala de Ramsay foi descrita pela primeira vez pelo médico Michael Ramsay como parte de um estudo, publicado em 1974, sobre o efeito de um esteroide anestésico. Ela compreende valores que vão de 1 a 6, atribuídos observando as respostas dadas pelo paciente após estímulos e podem ser:

- Grau 1: paciente ansioso, agitado;
- Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;
- Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;
- Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;
- Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;
- Grau 6: dormindo, sem resposta;

A Escala de Ramsay avalia o grau de sedação de pacientes em uso de fármacos. O escore para avaliação do nível de sedação foi proposto por Michael A. E. Ramsay, nascido em Dublin na Irlanda e formado em Medicina na Universidade de Londres. O citado meio permite avaliar o grau de sedação em pacientes de terapia intensiva com escala de valores de 0 a 6.

Nela estão contemplados dois tipos de situações: pacientes acordados e inconscientes., classificados da seguinte forma:

1. Ansioso, agitado ou inquieto, ou ambos;

2. Tranquilo, cooperativo, orientado;
3. Responde a comandos verbais;
4. Sedado, com resposta rápida ao toque leve da glabella ou estímulo sonoro auditivo;
5. Sedado, responde lentamente a estímulo auditivo alto ou toque da glabella ou estímulo sonoro auditivo;
6. Sedado, não responde aos mesmos estímulos dos itens 4 ou 5.

b) Escala de Coma de Glasgow (ECG)

A escala de coma de Glasgow inicialmente fora desenvolvida para ser utilizada como facilitador, ou melhor, instrumento de pesquisa para estudar o nível de consciência de pacientes com trauma craniano grave e, de forma incisiva, mensurar a função em pacientes comatosos, dada a dificuldade da definição da extensão da lesão cerebral.

A **escala de coma de Glasgow (ECG)** é uma escala neurológica que parece constituir-se num método confiável e objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua após um traumatismo craniano. Seu valor também é utilizado no prognóstico do paciente e é de grande utilidade na previsão de eventuais sequelas.

c) Elementos da escala

A escala compreende três testes: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora. Os três valores separadamente, assim como sua soma, são considerados.

- **Abertura ocular (AO)**

Existem quatro níveis:

4 - Olhos se abrem espontaneamente.

3 - Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida; se assim for, marque 4, se não, 3.)

2 - Olhos se abrem por estímulo doloroso.

1 - Olhos não se abrem.

- **Melhor resposta verbal (MRV)**

Existem 5 níveis:

5 - Orientado. (O paciente responde coerente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome e idade, onde está e porquê, a data etc.)

4 - Confuso. (O paciente responde às perguntas coerentemente mas há alguma desorientação e confusão)

3 - Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)

2 - Sons ininteligíveis. (Gemido, grunhido, sem articulação de palavras)

1 - Ausente.

- **Melhor resposta motora (MRM)**

Existem 6 níveis:

6 - Obedece ordens verbais. (O paciente faz coisas simples quando lhe é ordenado.)

5 - Localiza estímulo doloroso.

4 - Retirada inespecífica à dor.

3 - Padrão flexor à dor. (decorticação)

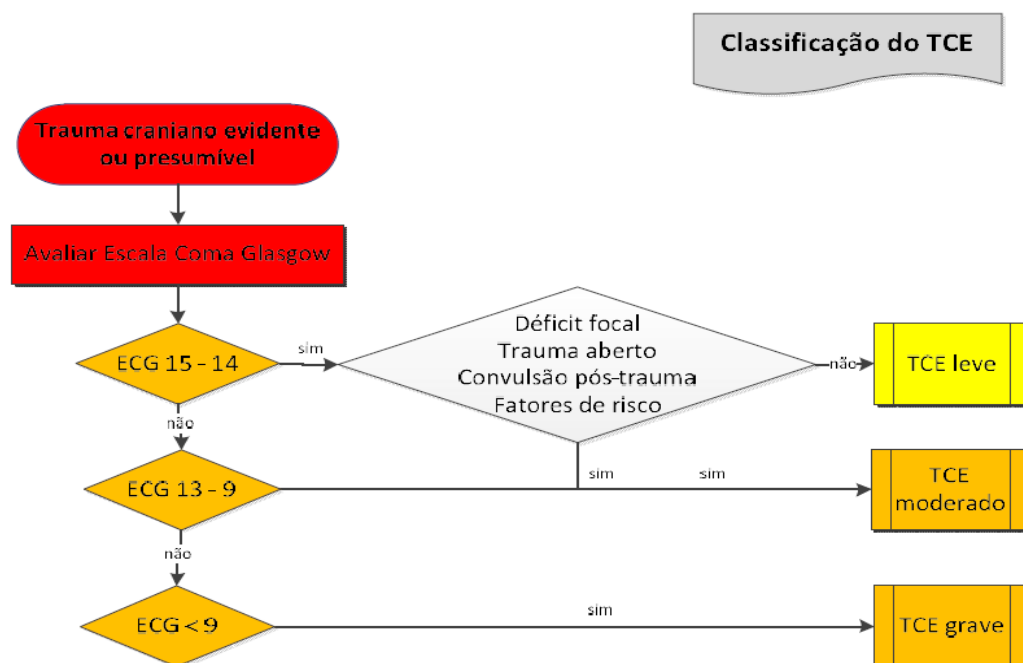
2 - Padrão extensor à dor. (descerebração)

1 - Sem resposta motora.

d) Interpretação

- Pontuação total: de 3 a 15
 - 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; (estado vegetativo)
 - 4 = Coma profundo;

- 7 = Coma intermediário;
 - 11 = Coma superficial;
 - 15 = Normalidade.
- Classificação do Trauma crânio encefálico (ATLS, 2005)
 - 3-8 = Grave; (necessidade de intubação imediata)
 - 9-12 = Moderado;
 - 13-15 = Leve.



Fonte: Abordagem ao Paciente Politraumatizado

Protocolos Clínicos, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

6.3. Cuidados de Enfermagem à Vítimas de TCE no Sector de Urgência/Emergência

6.3.1. Cuidar em Enfermagem: Conceitos e definições.

Falar em cuidados em enfermagem pressupõe que previamente se faça uma breve revisão do conceito e história do cuidar para melhor entendimento dos aspetos abordados.

Hoje, os conhecimentos e a postura filosófica do enfermeiro profissional são amplamente tributários de trabalho árduo e, na decorrência disto, do legado que é para esses profissionais, de estudiosos comprometidos como Virgínia Henderson, Jean Wattson, Hesbeen, Collière, entre outros.

Podemos aqui destacar alguns exemplos e respetiva contribuição para a **história da enfermagem**.

- **Hildegard E. Peplau** – enfermeira, médica e educadora, natural de Reading, Pensylvania (set. 1909), foi testemunha, durante a sua infância, de uma devastadora epidemia de gripe (1918). Essa Vivência sensibilizou-a sobremaneira e contribuiu para modelar a sua perspetiva sobre o “impacto que tem a Enfermagem e a morte sobre as famílias” (STUART, G.W & Laraia, M.T,2002).

Tida como “líder mundial em enfermagem” e conhecida como “a enfermeira do Século”, ou ainda a “Mãe da Enfermagem Psiquiátrica”, foi a única enfermeira admitida pelos serviços como diretora executiva, e mais tarde como presidente, pela Associação de Enfermeiras Americanas (ANA).

Foi enorme a sua contribuição para evolução da Enfermagem, nomeadamente nas áreas da prática clínica, na teoria e na pesquisa, tendo influenciado consideravelmente a compreensão da relação enfermeiro-paciente, priorizando o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa para pessoa. Morreu em 17 de Março de 1999, aos 89 anos, em Sherman Oaks, Califórnia.

- **Virgínia Henderson** – natural de Kansas, no Missouri (1897), começou a interessar-se pela enfermagem durante a Primeira Guerra Mundial, altura em que manifestou o desejo de ajudar os militares pacientes e feridos. Foi então que decidiu alistar-se na Escola de Enfermagem do Exército, em Washington, onde concluiria o curso em 1921. Mais tarde obteria a graduação e de Mestre em enfermagem pela Columbia University Teachers College. Em 1924 ingressou no hospital de Norfolk em Virgínia onde era a primeira e única professora na escola dos cuidados, seguindo-se, depois disso, uma carreira brilhante na área de docência voltada para a enfermagem e saúde, deixando, ao longo desse percurso, um grande subsídio para evolução da Enfermagem.

As bases da sua teoria são hoje utilizadas como um guia para a prática da enfermagem pela maioria dos profissionais e estudiosos na matéria.

Além das teorias que defendeu, também lutou muito pela valorização e reconhecimento do papel da enfermagem.

- Na perspectiva de Jean Watson (2002, p. 27), “**Enfermagem** é uma arte e uma ciência, o que a torna mais parecida com uma ciência humana tradicional, e à qual chamei a ciência do cuidar. Uma segunda posição que tomei é a de que a enfermagem submergiu as suas duas heranças do científico e do artístico, na sua procura científica”.
- Na perspectiva de Marilyn E. Doenges e Mary Frances Moorhouse (2010, p. 1) “A essência da **enfermagem** caracteriza-se pela proteção, promoção e otimização da saúde e das capacidades, prevenção da doença e lesões, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana e apoio aos cuidados dos indivíduos, das famílias e das populações (American Nurses Association, 2003).
- Tomey, Ann Marriner citando Virgínia Henderson, diz que ela definiu a enfermagem em termos funcionais. Afirmou que “a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, paciente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a Independência tão rapidamente quanto possível.”

Segundo a mesma (2007, Prefácio, p. VII) citando Nightingale, “**enfermagem** significa intervenções (habilidades, procedimentos, tarefas) feitas pelas enfermeiras aos pacientes, com observância das seguintes vertentes:

a) Saúde

Tomey, Ann Marriner citando Virgínia Henderson, refere que ela não definiu a saúde mas equiparou-a à independência. Ela diz que “é a qualidade da saúde e não a própria vida, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação potencial mais elevado na vida.”

b) Ambiente

Para Tomey, Ann Marriner citando Virgínia Henderson, mais uma vez ela não definiu o ambiente em vez disso, utilizou Webster’s New Collegiate Dictionary, de 1996, que definia ambiente como “o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo.”

c) Pessoa (paciente)

Tomey, Ann Marriner citando Virgínia Henderson, diz que ela via o paciente “como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou morte pacífica. Corpo e mente são inseparáveis. O paciente e a sua família são vistos como uma unidade.”

Na perspectiva de Virgínia Henderson, o paciente é “um ser humano que precisa de ajuda para obter a independência”. (Tomey; Alligord, p. 18).

O cuidar em enfermagem não pode ser compreendido apenas como a realização de uma tarefa ou atividades relacionadas apenas ao assistir direto. O cuidado prestado pelo enfermeiro deve ser entendido numa visão ampla, numa “ótica multidimensional, abrangendo ações de natureza administrativa, educativa, investigativa e de assistência”.

O que exige do enfermeiro competência técnica, mas também humana e política (Guimarães e Bastos, 2000).

a) Evolução do Conceito

Segundo Vera Regina Waldow, a interpretação filosófica do cuidar tem sua fundamentação em Martin Heidegger.

Com o advento da revolução industrial e da era científica, as especialidades médicas adquiriram uma importância refletida na enfermagem. Há uma idolatria pela técnica. A cura e as atividades de cuidar passam a ter privilégio. Importam aquelas atividades de cunho terapêutico, enfocando a doença; a pessoa passa a ser secundarizada. Ações básicas de cuidar são menosprezadas e delegadas. A enfermagem tenta auferir *status* se mirando no modelo biomédico e busca se caracterizar como ciência.

Com o movimento reformista de Nightingale, o cuidar assume uma nova face. Higiene, a importância do ambiente, a preocupação em fazer as ações com conhecimento são características que Florence Nightingale imprimiu à enfermagem. Assim mesmo, o comportamento e a atitude das enfermeiras eram caracterizados por uma dualidade: obediência, servilismo, docilidade, mas também autoritarismo.

A década de sessenta se caracteriza pelo início do desenvolvimento de teorias de enfermagem nos Estados Unidos e se propagam aos outros países. A maioria dessas teorias foi desenvolvida por enfermeiras norte-americanas, com ênfase em aspectos biomédicos, como adaptação, homeostasia, necessidades básicas. Algumas buscam apoio em outras áreas de conhecimento e seu enfoque predominante é o aspecto psicológico ou social. É comum, mesmo utilizando um enfoque oriundo do paradigma positivista, considerarem-se “holísticas”, o que revela ambiguidade e, inclusive, contradições. O processo de enfermagem é uma consequência das teorias, o que parece organizar o trabalho de enfermagem e lhe conferir prestígio.

Parece que a fase atual por que passa a enfermagem é justamente discutir e questionar seu conhecimento adotando abordagens plurais. Há certa diversidade, embora o modelo norte-americano ainda exerça certa influência; a classificação por diagnósticos é uma delas. Contudo, já se observam peculiaridades próprias de cada país. [...] O pluralismo, a diversidade, a interdisciplinaridade são algumas das tônicas para o novo milênio e, entre elas, também o resgate do cuidado humano. (Waldow, Op.Cit. p.89/90)

Mas Waldow chama a atenção para o facto de algumas pessoas verem o resgate do cuidado na enfermagem como uma forma de rejeição aos aspectos técnicos e científicos, quando na realidade, se trata de “ênfatar a característica de processo interativo, assim como do

componente emocional, da intuição que caracterizam a sua dimensão artística, além da dimensão moral” que o cuidar contém.

6.3.2. Cuidar enquanto processo

O processo de cuidar é entendido por Waldow (*Op.Cit.* p.91) como “todas as atividades desenvolvidas pela cuidadora para e com o ser cuidado com base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases do viver e do morrer, constituindo- se, em última análise, em um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado”

Para ela, o ambiente do cuidar pressupõe existência de uma cultura corporativa, uma cultura organizacional.

Essa **cultura organizacional** é “composta por variáveis ou fatores que influenciam a forma como se processará o cuidado, as quais foram denominadas de componentes da cultura organizacional. Entre os componentes destaca-se o meio ambiente organizacional, composto, por seu turno, pelo meio ambiente físico, o meio ambiente administrativo, o meio ambiente social e o meio ambiente tecnológico. Os dois primeiros constituem os componentes estruturais: o social, o componente afetivo, porque responde pela valorização do cuidado na instituição. O ambiente tecnológico responde pela parte tecnológica, tão presente nos dias de hoje nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento e, inclusive, do cuidado”.



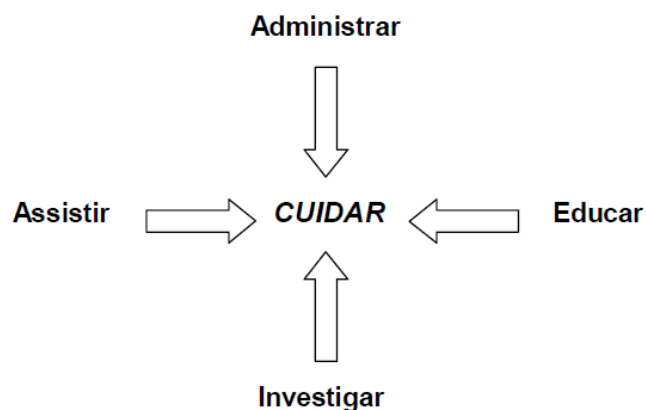
Representação gráfica do processo de cuidar segundo Waldow (Op.Cit. 91).

No processo de cuidar, a cuidadora deverá, antes de mais, perceber a situação e o paciente como um todo. Refletir sobre a situação, levantar questões (como se caracteriza esta situação? Quem é este paciente? O que preciso saber sobre sua história e sua condição? Como posso ajudá-lo?) e levantar hipóteses. Só então estará em condições de determinar qual a necessidade de cuidado e adequá-lo aos meios disponíveis para passar à sua realização, atentando sempre ao conforto e à reacção do paciente e sua família, bem como às respostas daquele ao cuidado aplicado. “Essa fase inclui desenvolvimento da interação interpessoal; deve incluir iniciativas para oferecer um ambiente adequado (limpeza, privacidade, segurança, condições térmicas adequadas, etc.) e expressar reconhecimento do paciente, sua família demonstrando aceitação que pode ser por intermédio de palavras, toques, olhares, gestos. A presença é importante, demonstrando segurança e eficiência no desempenho das intervenções necessárias”. (Waldow Op. Cit. 91).

“De forma geral, o processo de cuidar envolve transformação de ambos: o ser cuidado e os cuidadores. No que se refere à cuidadora, o crescimento traduz-se por satisfação, sensação

de dever cumprido, realização, melhora da autoestima, mais segurança e confiança, prazer e bem-estar. Mesmo constatando que o cuidado possibilita crescimento para o ser cuidado e para a própria cuidadora, é frequente esta vivencie estresse, o qual, dependendo da situação, do envolvimento e da responsabilidade, pode ser maior ou menor. Se as condições do meio ambiente não forem favoráveis, pode haver insatisfação, e a vulnerabilidade aumenta, tornando a profissão fonte de frustração. Em relação ao ser cuidado, é possível perceber que está vivenciando uma experiência única. Ele reflete sobre sua situação e vários questionamentos, dúvidas e hipóteses são levantadas, mesmo que nem sempre verbalizadas: O que estou fazendo aqui? O que está acontecendo comigo? Estou com algo grave? O que farão comigo?

Como vou fazer com a minha família, minha casa, meu trabalho? Será que vai doer? Estas pessoas serão competentes?” (Waldow Op.Cit.91)



(adaptado de Guimarães e Bastos, 2000)

a) As Dimensões do Cuidar

O gráfico acima sugerido por Guimarães Bastos, envia-nos às dimensões do cuidar e que podem ser assim sintetizadas:

- **Dimensão assistencial**

- É a dimensão habitualmente referida como o cuidado directo e contemplado no planeamento como instrumento indispensável para uma assistência de qualidade.
- O enfermeiro é o responsável pela equipa de enfermagem e pelos actos de assistência. Mesmo se nem sempre a sua participação no cuidado é directa, o planeamento, as intervenções privativas de enfermagem em actos e situações de maior complexidade, não podem ser delegadas a outros membros da equipa.
- O enfermeiro deve sempre zelar pela humanização da assistência, sem nunca perder de vista que é o “domínio da tecnologia não pode levar o enfermeiro à inversão de valores e à perda do domínio de si mesmo” (Caldas, 1982). O paciente deve ser considerado, não só como mero objeto do trabalho do enfermeiro, mas também sujeito do seu próprio tratamento.

- **Dimensão investigativa**

- A pesquisa é de fundamental importância para a resolução de problemas do quotidiano da enfermagem, problemas esses relacionados com a assistência ou a compreensão de sua própria prática.
- A dimensão investigativa implica produção de conhecimento mas também a sua utilização no sentido de responder a questionamentos que emergem da prática. “É importante ressaltar que a dimensão investigativa do cuidar, não deve ser uma dimensão compreendida como uma necessidade da academia. A atualização e a qualificação dos enfermeiros de serviços e o trabalho pautado na produção científica é, hoje, considerada uma condição para o cuidar de qualidade” (Guimarães e Bastos, 2000).

- **Dimensão educativa**

- “O enfermeiro é um educador por natureza. Socializar conhecimentos e informações é mais que uma responsabilidade do enfermeiro, é condição para uma assistência de qualidade” (Guimarães e Bastos, 2000).

- A dimensão educativa do enfermeiro traduz-se, na prática, na sua actuação em processos de educação permanente que devem corresponder às expectativas/necessidades individuais e institucionais.

- **Dimensão administrativa**

- Se para Vicentin *et al* (1991) administrar é aplicar conhecimentos da Administração como meio para gerir a prestação da assistência de enfermagem ao paciente, família e comunidade, “a dimensão administrar não é compreendida de forma isolada ou mesmo dicotómica em relação ao assistir.”
- Compreendendo o cuidar como objeto do fazer do enfermeiro nas suas múltiplas dimensões, a dimensão administrativa é muito mais complementar que antagónica às demais (Guimarães e Bastos, 2000).
- Ao exercer a dimensão administrativa do cuidar o enfermeiro cria condições e qualifica ações que favorecem a realização do assistir, educar e investigar. A administração flexível é a expressão da dimensão da gestão do cuidar do enfermeiro, pois preconiza a tomada de decisões de forma horizontalizada, a participação, o compartilhar, a integração e a valorização das experiências do grupo, criando um ambiente favorável ao assistir, investigar e educar.
- O processo de avaliação merece destaque nessa dimensão, porque é fundamental no sentido de redirecionar ações, repensar estratégias, redefinir programas, estabelecer metas ou consolidar ações, fornecendo subsídios para o processo decisório do enfermeiro e de toda equipa de enfermagem.

6.3.3. Humanização dos cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência

Cuidar é “ uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo” – Hesbeen, p. 86

Os profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência acusam, irremediavelmente, o impacto total, imediato e condensado do *stress* que advém do contacto assíduo com pessoas em sofrimento, situações imprevisíveis, por vezes chocantes

e angustiantes, assaz comuns nas unidades de urgência. Contudo, estes devem manter serenidade e mostrar-se à altura de tomar decisões rápidas e precisas, bem como ser capazes de distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser indivisível e cujas solicitações justificam, desde logo, a sua presença e relacionam-se com todas as suas funções. A agilidade e a objetividade são requisitos indispensáveis aos profissionais das unidades de urgência a quem compete manter uma das características mais marcantes desses serviços que é a dinâmica intensa de atendimento, pois “o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta” (GATTI, 2005). “Estas exigências tornam-se também fontes de *stress* para os profissionais destas unidades, o que muitas vezes dificulta o cuidado humanizado” (MENZANI; BIANCHI, 2009).

De acordo com Horta (1979, p.3), o “Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações: é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente”.

O enfermeiro tem um papel fundamental em todo o processo de atendimento e recuperação dos pacientes com traumatismo crânio encefálico nos serviços de urgência e emergência. Para (Marcon 2002) os pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico, são extremamente vulneráveis a qualquer alteração fisiológica e, por ser o sistema nervoso central um órgão da mais alta complexidade, sua recuperação é limitada. Convém salientar que alguns estudos evidenciam ser o tratamento evitado ou assumido, consoante no serviço de atendimento, a equipa que presta cuidados esteja preparada ou não para dispensar cuidados adequados.

Em face de tais situações, em que a vida do paciente se encontra em risco de morte ou de hipotéticas sequelas irreversíveis, o envolvimento do enfermeiro no processo de cuidar deverá ser rápido, prático e objetivo, dispensando, deste modo, ao paciente um atendimento adequado à situação e proporcionando-lhe, por esta via, uma boa recuperação.

Perante este cenário de cuidados de enfermagem aos pacientes com traumatismo crânio encefálico, não deve o enfermeiro, em circunstância alguma, omitir ou negligenciar o sofrimento dos familiares daquele. Compete-lhe atuar como forma de amenizar a angústia

dos parentes que se encontram nos corredores das salas de espera das urgências na expectativa de alguma informação, perante um quadro de completa incerteza relativamente a evolução do quadro clínico do acidentado. É dever do enfermeiro transmitir-lhes informações inerentes ao estado clínico do paciente, esclarecendo sobre a necessidade e importância daquele estar ligado a máquinas, e sobre a importância do papel que estes são chamados a ter na recuperação daquele. Promover a hipótese da aproximação possível e/ou mesmo algum contacto físico-afetivo com o paciente pode ter efeitos bastante positivos nos dois e quiçá, contribuir de forma decisiva para a recuperação do primeiro.

As percepções da família sobre a doença têm um papel central na determinação do seu efeito sobre seus integrantes, dos padrões de enfrentamento que serão usados e das relações físicas e comportamentais que ocorrerão. A resposta da família à doença grave ou irreversível pode ser um determinante significativo da recuperação do paciente, isto, é, a família pode ou não acelerar este processo (WRIGHT e BELL, 2004). Por isso é tão importante que os enfermeiros e demais profissionais de saúde estabeleçam um bom relacionamento com os pacientes e suas famílias objetivando identificar seus sentimentos, ansiedades e expectativas para poder ajudá-los na busca de recursos disponíveis para o enfrentamento da crise vivida. Compartilhar uma situação de crise com outras pessoas ajuda-nos a compreendê-las e, de certa forma, tratá-las. (BECK, 2001)

Atuar de forma humanizada em serviços de urgência e emergência nos hospitais é um desafio ao enfermeiro e sua equipa. Nesse contexto, espera-se garantir segurança, atendimento rápido e eficaz, além de um efetivo apoio emocional ao paciente e à sua família, aliados a uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender-se a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados. Entende-se que respeitar é ouvir o outro, ser atencioso, considerar a individualidade e subjetividade do Ser humano e tratá-lo com deferência (BARBOSA; SILVA, 2007).

O enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com o paciente, por isso ele deve aprimorar a comunicação e os processos comunicacionais ao longo de sua formação (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Visando assim desenvolver esta competência no intuito de se comunicar de forma efetiva com o paciente e sua família, sanando as dúvidas encontradas por eles e proporcionando o entendimento do processo saúde doença. Portanto a comunicação é um dos itens preconizados há muitos anos na enfermagem, porém essa competência ainda deixa a desejar nas relações entre o enfermeiro, a família e o paciente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Segundo Watson, citado por Daina Dal Pai, na Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, no nº 58, de Março 2005 – *Suporte humanizado no Pronto-Socorro: um desafio para a enfermagem* p.p. 234) “enquanto os fatores curativos objetivam curar a doença do paciente, os fatores de interesse objetivam o processo de atenção que ajuda a pessoa a atingir (ou manter) a saúde ou morrer em paz”.

Devem os enfermeiros atentar particularmente a casos especiais, tais como o distanciamento geográfico ou a falta de comprometimento dos familiares para com certos pacientes e pacientes indigentes. Nestes casos, o sentimento de rejeição/ solidão pode arrastar outros que suscitem geralmente comportamentos difíceis de interpretar, dificultando a comunicação. Nestes casos é aconselhável que se atente muito aos comportamentos gestuais e se tente interpretá-los.

Ressalve-se, porém, que a responsabilidade da humanização ou não desses serviços não pode ser imputada exclusivamente aos enfermeiros e suas equipes. Para haver uma humanização da assistência é preciso que ocorra, simultaneamente, a humanização dos trabalhadores, proporcionando-lhes condições de trabalho, a fim de evitar a patologia, assim como uma gestão participativa que valorize e apoie o trabalho dos enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar de saúde (BECK *et al*, 2009). Para a equipe executar uma assistência dentro dos valores éticos, além do conhecimento das técnicas e da tecnologia utilizada no setor, a instituição deve também reconhecer que o profissional é um ser humano e investir na sua capacitação, reconhecendo o seu potencial e limitações. Assim, estará fornecendo um suporte para que a profissão seja executada com humanidade (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Quando se fala em humanização do funcionário, significa, na verdade, fornecer condições dignas de trabalho, valorizá-lo, respeitá-lo. Assim, o profissional terá condições psicológicas e físicas de prestar uma assistência com qualidade e humanizada. Quando a instituição olha para o cuidador nessa dimensão, o ato de humanizar estará transcendendo seu significado etimológico e representando muito mais do que simplesmente tocar, olhar, ouvir, dialogar, fornecer treinamento ou fazer um procedimento de enfermagem (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Para Waldow, (Op. Cit., p. 91), “O cuidado não é exatamente a técnica que se faz, o procedimento, por exemplo, um curativo, uma troca de decúbito. O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse, a motivação, expressos em um movimento, como já mencionado. Consiste em um impulso que nos dirige no sentido de fazer algo para ajudar.”

Waldow, (Op. Cit., p. 91) recorda que cuidar implica também competências que ela define como sendo “qualidades necessárias ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e se traduzem por conhecimento, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão. Os comportamentos e as atitudes são entendidos como de cuidado e são compostos por uma vasta lista, onde se destacam: respeito, gentileza, amabilidade, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, segurança, oferecimento de apoio, conforto. [...] No caso de um procedimento, só se concretiza plenamente como cuidar na forma como é realizada a ação. Esta é interativa. Interage-se com o ser, seja através de palavras, de gestos, de olhares; há envolvimento não só no que se faz, mas também com a pessoa em quem se realiza a ação. Portanto, o que diferencia o cuidar é como se faz, ou seja, com gentileza, com respeito, com consideração, pois está se prestando uma ajuda a um ser humano que é digno de atenção e para quem se tem um compromisso, uma responsabilidade. Além disso, existe a intenção de promover o bem-estar, de manter o ser seguro e confortável, oferecendo apoio e minimizando os riscos, e reduzindo a sua vulnerabilidade. Existe um sentimento, é uma ação e uma atitude moral”.

6.3.3.1. Entraves ao Processo de Humanização em Cabo Verde

Cabo Verde tem aparecido nos relatórios internacionais – da OMS em particular – como país de índice de melhoria apreciável. Contudo, enquanto profissionais de saúde, estamos cientes de que ainda existe um longo caminho a percorrer até atingirmos níveis equiparáveis aos dos países da frente em matéria de cuidado de enfermagem. Após entrevistas feitas a funcionários mais antigos do Ministério da Saúde, informações recolhidas de Relatórios Estatísticos Anuais do Ministério de Saúde e Experiências por nós vividas enquanto profissionais do ramo, constatamos que alguns factores, persistindo, vêm embarçando o processo de humanização nos nossos serviços de Urgência e Emergência. Recorde-se, antes de mais, que esses serviços funcionaram, durante longos períodos de tempo, entregues a equipas de técnicos de saúde que, apesar do serviço muito felizmente louvável por elas prestado, incorporavam elementos cujo nível técnico-científico não estava à altura das exigências do sector. Mau grado todos os esforços por eles envidados, estes apenas conseguiam cobrir as necessidades clínicas básicas, tanto mais que os recursos técnicos financeiros e humanos revelavam-se igualmente exíguos e não eram tomadas iniciativas para a capacitação daqueles à melhor assunção de tais responsabilidades. Vícios culturais herdados ao longo do tempo contribuía para piorar ainda mais o cenário. Até mesmo a carência de técnicos, realçando com exagero a importância social dos poucos existentes, suscitava nalguns um certo complexo de indispensabilidade e, logo, de superioridade em relação à maioria dos pacientes. Também, realidades políticas passadas contribuíram para manter o *Status Quo*, visto que certas franjas do universo político-administrativo nacional, igualmente imbuídos de complexos de superioridade e de intocabilidade, propunham-se a tratamento diferenciado e prioritário. E porque factores culturais enraizados tardam a dissipar-se, será necessário um trabalho concertado de todos os indivíduos e instituições comprometidos com o sistema de saúde para que o processo de humanização se banalize.

Outros factores podem comprometer ou pelo menos atrasar o processo de humanização e, por esta via, a modernização dos nossos serviços de urgências/emergências.

6.3.4. Intervenção da equipa de enfermagem.







Dados da OMS apontam o traumatismo crânio encefálico como uma das lesões responsáveis pelo maior número de óbitos por todo o mundo, com maior incidência nos países mais desenvolvidos, sendo as vítimas predominantemente do sexo masculino. É também um dos principais objectos de emergência nos serviços hospitalares e responsável por surtos repentinos de tensão, agitação e *stress*, com contornos, por vezes, extremamente dramáticos para os familiares ou acompanhantes da vítima, equipa de serviço e mesmo outros utentes então presentes no recinto das urgências.

O tratamento ao TCE deve iniciar-se na cena da ocorrência, que exige, na circunstância, organização e conduta de qualidade por parte da instituição responsável pela assistência pré-hospitalar. Segue-se a intervenção dos enfermeiros em serviço de urgência, a quem compete preparar o utente para a intervenção médica. O primeiro passo dessa intervenção consiste no processo de triagem que faz parte da rotina procedimental do acolhimento do paciente em emergência. (M. VAZ FERRER E L. CARLOS TOLEDO - As Unidades de Urgência e Emergência Primeiros Cuidados Projetuais; pág. 3)

A triagem ajuda na organização do trabalho, permitindo seleccionar a prioridade da urgência.

É um procedimento seguro uniforme e objetivo, o que facilita sua aceitação, tanto a nível interno como externo. O ideal é que a prioridade no atendimento dos pacientes seja cumprida com base na escala de Manchester que é executada por um enfermeiro com o curso de triagem de prioridade. (portaldaenfermagem.br)

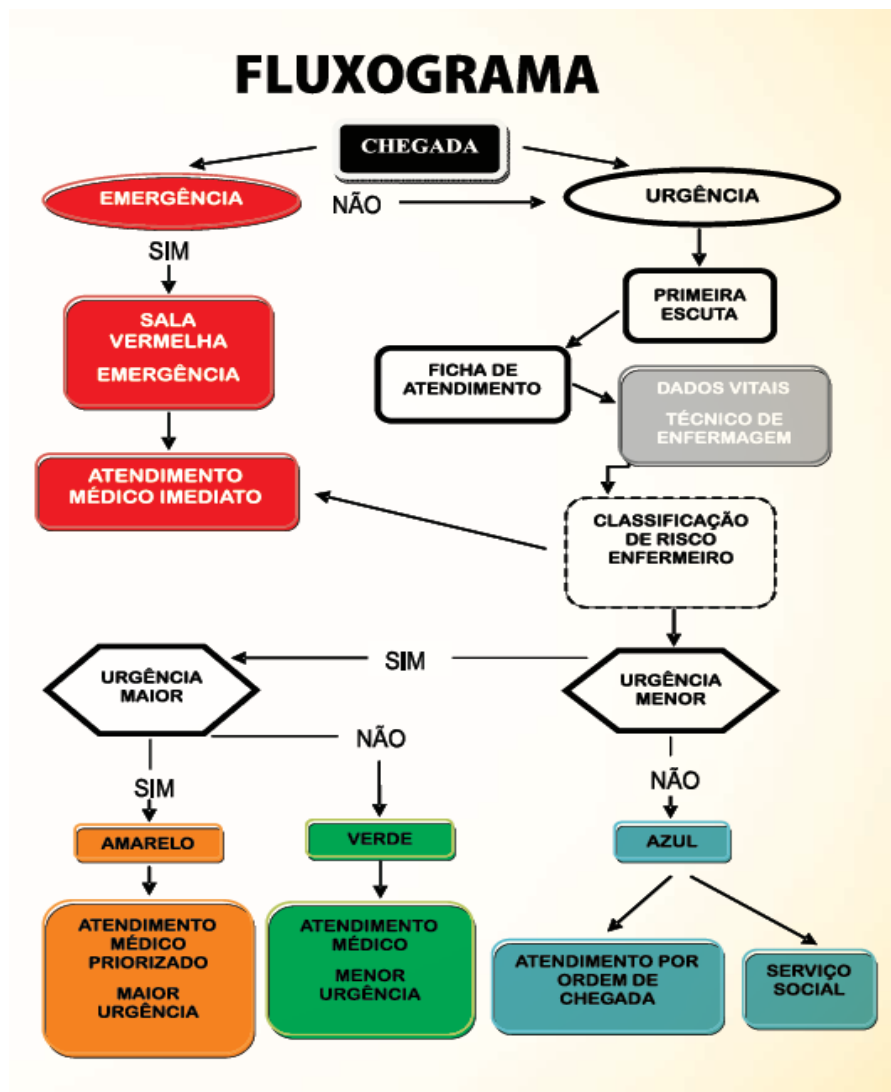
A triagem de Manchester baseia-se na identificação anterioridade clínica dos pacientes que dirigem ao banco de urgência com diferentes algoritmos na explicação do tempo de espera de triagem pelo enfermeiro até ser examinada pelo médico. Este método possibilita o atendimento a quem estiver na situação de mais urgência e também diminui o tempo de espera no serviço. É utilizado normalmente no serviço de urgência e em situação de desastre, geralmente com base num quadro com o esquema abaixo:

Número	Situação	Cor		Tempo Alvo
1	Emergente		Vermelho	0 Min.
2	Muito urgente		Laranja	10 Min.
3	Urgente		Amarelo	1 Hora
4	Pouco Urgente		Verde	2 Hora
5	Não Urgente		Azul	4 Horas
6	Óbito		Preto	—

(Adaptado de portaldaenfermagem.br; *Op.Cit.*)

As Unidades de Urgência / Emergência são locais onde, além dos procedimentos de menor complexidade, característicos das situações de urgência, são praticados procedimentos de maior complexidade, que podem envolver risco de vida. Ambos os termos têm em comum serem quadros nosológicos graves, se não tratados, podem causar mal irreversível ou morte.

Diferem, porém, pois: na emergência o aparecimento ou agravamento é súbito e imprevisto, necessitando de solução imediata - é um estado de agudeza; a urgência o aparecimento é rápido, mas não é súbito e imprevisto e a solução pode ser em curto prazo - é um estado de semi-agudeza. As unidades de Urgência/Emergência operam com um nível elevado de resolubilidade, pressupondo-se que conte com uma retaguarda dotada de recursos de apoio ao diagnóstico, tratamento, observação e internamento compatíveis com a complexidade dos procedimentos aí praticados. (M. Vaz Ferrer e L. Carlos Toledo; *Op.Cit.*)



Fonte: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – Hospitais Municipais/S. Luís/MA

É com esse conjunto de recursos que os enfermeiros contam para proceder, perante situações de emergência que envolvam pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico.

Relativamente aos cuidados de enfermagem a serem prestados aos pacientes com traumatismo crânio encefálico, Veiga *et al* (2011, p. 06) destaca os seguintes aspetos:

- **Avaliação e intervenção primária**

Garantir a via aérea estável e desobstruída (**regra A**), pela retirada de corpos estranhos, inserção de uma cânula orotraqueal (Guedel) e administrar O₂ via ambu com máscara, para fornecer O₂ e para correção de hipoxemia alveolar. (Pavelqueires 1997; browner e tal, 2000; Smeltzer; bare 2000) citado in WESGLER JACINTO.

Proteger a coluna cervical, recorrendo à utilização do colar cervical e evitando movimentos excessivos com o pescoço para que a vítima não adquira nova lesão ou agrave lesões a nível medular.

Após isto, defende BROWNER *et al* 2000, que a manutenção da ventilação e perfusão adequada devem ter prioridade (**regra b**), devendo-se, para tal, preparar todo o material para entubação endotraqueal, a saber, cânulas, fio de guia, laringoscópio e outros, para que seja feita a entubação pelo médico em serviço de emergência.

Em seguida, observa-se a **regra C** que consiste na manutenção da circulação e que destaca pela importância da reversão da hipovolemia para que possa haver estabilização da função hemodinâmica no paciente (Oliveira; parolim; Teixeira jr,2004)

Aa **regra C** tem como objetivo a avaliação neurológica que, segundo Browner et al (2000), é realizada logo após o controlo hemodinâmico. Essa avaliação neurológica deve ser precisa e ter em conta o estado de alerta do utente, as respostas a estimulações verbais, as respostas e estimulações dolorosas e o estado de consciência.

Na circunstância, o enfermeiro deverá auxiliar-se da escala de Glasgow para poder obter uma informação mais precisa e universal do estado neurológico do utente.

De seguida o paciente é despido para uma exposição completa, para que sejam pesquisados sinais de escoriações, hematomas, ferimentos, sangramentos, afundamentos e outros (SMELTZER;BARE, 2000)

- **Avaliação e intervenções secundárias**

O enfermeiro de urgência começa o exame secundário e as intervenções depois de ter garantido a via aérea, a respiração e a circulação, sendo que devesse proceder a uma avaliação completa (da cabeça aos pés), com uma combinação adequada dos diagnósticos e tratamento das lesões (Browner *et al*, 2000).

Serão realizados exames complementares mediante solicitação médica.

É nesta fase que é realizado um exame físico geral, principiando-se pela observação detalhada da cabeça, procurando por lesões cortantes e perfurantes, hematomas e

crepitações. Os olhos devem ser avaliados quanto à abertura, diâmetro e reatividade pupilar, hemorragias, edema e hematoma palpebral (EPSTEIN *et al* 1998).

Esses passos contribuirão para realizar um diagnóstico correto, estabelecer um prognóstico e uma conduta terapêutica eficaz e de qualidade. A contribuição do enfermeiro no tratamento de pacientes com traumatismo craniano é de suma relevância para que ocorra a recuperação do paciente.

Nos casos de situações de gravidade em que há risco eminente de sequelas e morte, o processo de cuidar deve ser realizado de maneira rápida, precisa e objetiva, visando assim, o atendimento das necessidades dos pacientes de forma a propiciar-lhes condições favoráveis de recuperação (LIMA *et al*, 2009).

Os pacientes vítimas de TCE com manifestação de distúrbios neurológicos devem merecer atenção acrescida por parte dos enfermeiros, visto certos distúrbios do sistema nervoso central poderem evoluir rapidamente para situações críticas, suscetíveis mesmo de levar o utente ao estado de óbito.

Essa tamanha responsabilidade assumida pelos profissionais da enfermagem tem feito com que vários pesquisadores dediquem inúmeros trabalhos para que a actuação da enfermagem tenha uma base científica capaz de garanti-la um desenvolvimento continuado de qualidade no seu papel de apoiar o indivíduo, família e comunidade de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e no desenvolvimento de mecanismos de adaptação às mutações da vida. Virgínia Henderson uma das pioneiras nesse tipo de estudo, deixou um vasto e incontornável legado de conhecimentos que orienta os enfermeiros nas melhores práticas da sua profissão, tendo em mira a satisfação das necessidades humanas fundamentais (NHF). Princípio que faz dessa função um pilar do sistema de cuidados de saúde, enquanto um conjunto organizado de acções que se dirigem a um indivíduo, às famílias e a comunidade em todo o processo da vida. (LIMA *et al*, 2009).

Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)

Henderson (*Op. Cit.* p. 26 a 51)

1 – Respiração e Circulação

Como todos nós sabemos a vida depende das trocas gasosas, e a qualidade de vida é afetada pelas características da respiração. É importante observação cuidada das características da respiração, por parte da enfermeira. As trocas gasosas inadequadas estão presentes no stress emocional e numa variedade de outras situações, para além de uma má postura. Os enfermeiros devem prestar atenção aos sinais de obstrução das vias aéreas e devem estar preparadas para, em determinadas circunstâncias, introduzir cateteres, aspirar e fazer drenagem postural. Uma enfermeira devera, sem dúvida, ser capaz de atuar com aparelhos de ventilação. Como parte desta ultima função, deve ser capaz de explicar aos pacientes o seu funcionamento e os seus princípios. É a enfermeira, mais do qualquer outro profissional, que ajuda o paciente a adaptar-se a estes aparelhos.

2 – Alimentação – Seja qual for a via pela qual o paciente é alimentado, a enfermeira é responsável pela avaliação do seu apetite e pela adequação das quantidades ingeridas. As prescrições médicas para alteração da dieta ou para parar ou alterar a alimentação extra-oral estão dependentes das observações e registos da enfermeira.

Os pacientes em determinadas circunstâncias, necessitam de ser alimentados por entubação ou endovenosa e por isso todas os enfermeiros devem ser capazes de introduzir sonda nasogástrica por via nasal e oral.

3 – Eliminação

O enfermeiro deve conhecer as vias de eliminação e o que é considerado como normal na periodicidade de urinar e defecar em relação ao suor e transpiração; o que é a eliminação normal dos pulmões e o que é uma menstruação normal.

Certas alterações, como grande quantidade de sangue nas fezes, hematémese, requerem uma atenção imediata dos médicos e da equipe de enfermagem. Os cuidados básicos de enfermagem incluem a colheita de excreções de todas as cavidades corporais para fins de diagnóstico e amostra para análises de laboratório.

A eliminação, tal como a alimentação estão intimamente relacionados com as emoções.

4 – De se mover e manter uma boa postura -Ajudar o paciente a manter uma boa postura e ajuda-lo a mudar de posição:

A importância da mecânica corporal nos cuidados básicos de enfermagem tem, ultimamente, sido salientada de muitas maneiras.

A má postura pode comprimir e causar pressão em órgãos vitais que tornam impossível uma boa saúde.

A enfermeira deve conhecer os princípios de equilíbrio, alinhamento e posicionamento, ser capaz de colocar o corpo humano em bom alinhamento e apoio em todas as posições na cama, nomeadamente em decúbito lateral, dorsal, ventral, e na posição de sentado.

É recomendável que os enfermeiros façam o uso do lençol para voltar e levantar o corpo do enfermo, bem como de equipamento mecânico que facilite essa mobilização. Aos familiares devem os técnicos de enfermagem instruí-los sobre tais procedimentos.

É da responsabilidade do enfermeiro verificar que nenhum paciente fique na mesma posição durante muito tempo.

5 – Dormir e Repousar

Dado que o repouso e o sono estão parcialmente dependentes do relaxamento muscular, o enfermeiro que conhece a mecânica corporal atrás mencionada tem, em princípio, competência para ajudar o paciente a repousar e a dormir.

A incapacidade de repousar e de dormir é uma das causas assim como também um dos efeitos da doença.

6 – Ajudar o paciente a despir e vestir

Tem havido uma investigação considerável sobre as roupas. Os cientistas sociais têm estudado os seus efeitos psicológicos; os fisiologistas têm investigado as características que tornam o vestuário protetor contra o frio e o calor.

O enfermeiro raramente assume esta responsabilidade de escolher as roupas do paciente, apesar de os enfermeiros que ocupam lugares de administração estarem em posição de escolher o vestuário fornecido aos pacientes pela instituição.

O enfermeiro vê-se obrigado a escolher as roupas para o incapacitado, o inconsciente ou para todo aquele que é incapaz de o fazer e ainda a vigiar para que se mantenham vestidos.

A imposição de vestuário não adequado ao paciente pode deprimi-lo ou perturba-lo consideravelmente.

A mudança de roupa marca a diferença entre a noite e o dia para muitas pessoas. Este ciclo normal é quebrado quando um paciente passa vinte e quatro com a roupa de dormir, o que contribui para a desorientação ou regressão, muitas vezes observada durante a doença.

Aos pacientes e aos deficientes a enfermeira deve proporcionar o suporte físico que eles necessitem para se vestirem e despirem.

7 – Ajudar o paciente a manter a temperatura do corpo num nível normal

A temperatura do corpo é mantida nos limites normais pelo ar condicionado e pelo tipo de roupa usada.

Os cuidados básicos de enfermagem incluem, quando é possível, manter a temperatura do paciente dentro dos limites normais, tal como é medida pelo termómetro, mas também inclui manter sempre as condições do ambiente no nível de conforto.

Os enfermeiros devem conhecer os princípios fisiológicos da produção e da perda de calor e ser capaz promover qualquer destes processos alterando a temperatura, a humidade e o movimento do ar.

O enfermeiro deve ser capaz de sugerir a administrar banhos adequados, envoltórios ou outras aplicações para subir ou baixar a temperatura do corpo.

A exposição ao ar livre pode ser prejudicial.

8 – Ajudar o paciente a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos

A higiene, tal como a roupa de vestir, pode ser discutida sob dois pontos de vista: o seu valor psicológico e o seu valor fisiológico.

O banho na cama era o ponto fulcral dos cuidados de enfermagem quando era prescrito repouso na cama durante dias e semanas.

Dar banho, lavar os dentes, pentear, limpar as unhas e deixar o paciente com boa aparência e confortável dá satisfação tanto ao paciente como ao enfermeiro.

O número de banhos é, idealmente, determinado pelas necessidades físicas do paciente e pela vontade do paciente. Devem ser suficientemente e frequentes para manter a boa aparência, controlar o odor corporal e proteger a pele contra a maceração e outras formas de irritação.

Cada enfermeira deve ser capaz de manter o paciente limpo, independentemente da sua estatura, da sua posição e do seu estado físico e emocional.

É essencial que os enfermeiros aprendam a limpar eficazmente a boca e os dentes dos pacientes e incapacitados, independentemente do seu estado de consciência e da sua posição na cama. A lavagem dos dentes deve ser feita pelo menos duas vezes ao dia.

Quando os pacientes estão inconscientes devem ser tomadas as devidas precauções para evitar a aspiração dos produtos utilizados. É essencial que a posição da cabeça favoreça a drenagem e a aspiração mecânica ou manual deve ser feita com seringa.

9 – Ajudar o paciente a evitar perigos no ambiente e proteger outros, de perigos potenciais, causados por ele, tais como infeções e violência.

Os indivíduos saudáveis podem livremente controlar ou mudar o seu ambiente quando se sentem ameaçados. A doença pode priva-los desta liberdade. Esta ignorância pode também causar medos desnecessários tanto aos indivíduos saudáveis como aos pacientes.

Quanto melhor o enfermeiro conhecer os perigos reais e os que se crê que existem por causa de costumes e práticas religiosas, mais probabilidades tem de afastar ou controlar o perigo, ou, pelo menos, dar uma explicação tranquilizadora.

Faz parte dos cuidados básicos de enfermagem ajudar os pacientes a proteger-se contra traumatismos, como as quedas e os perigos físicos, o fogo de químicos tóxicos, de animais e insetos nocivos, e de microorganismos patogénicos, sempre presentes no ambiente.

O ensino de medidas de segurança deve fazer parte da formação dos enfermeiros.

Os cuidados básicos de enfermagem devem proporcionar a cada paciente a proteção máxima. Faz parte desta proteção lavar as mãos, usar máscaras, luvas e batas, quando indicado, utilizar material descartável e equipamento desinfetado ou esterilizado.

6.3.5. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem

Num inquérito levado a cabo por três discentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, sobre as Dificuldades Enfrentadas pela Enfermagem, publicado na revista *Enfermagem Integrada*, pediram a algumas enfermeiras que se pronunciassem sobre as dificuldades que a instituição e as mesmas experimentavam na implantação de um protocolo, ao que responderam “que a quantidade de profissionais era insuficiente para suprir as necessidades e atender os pacientes com uma melhor qualidade. A falta de material adequado para dar suporte na qualidade do atendimento também foram fatores relatados por eles”.

Segundo essas discentes, “percebe-se que houve uma dificuldade na compreensão da pergunta feita, uma vez que apenas uma participante citou o protocolo em sua fala, porém sem confirmar se há ou não um protocolo a ser seguido na instituição”.

Fica portanto subentendido que não estão suficientemente informadas e/ou sensibilizadas para o papel e as vantagens que advêm da aplicação de um protocolo na unidade de saúde. É, sem dúvida, o tipo de situação com que se poderia facilmente deparar nos nossos hospitais.

O desempenho da tarefa de cuidar em geral é definido pelas interações que o profissional de enfermagem estabelece com o universo. O cuidar/cuidado neste universo poderá ser centrado nos procedimentos ou na pessoa a ser cuidada.

DUPAS, G.; PAVARINI, S.C., concluíram, após entrevista a enfermeiras de uma unidade hospitalar, que:

com relação à seleção do cuidado, fica evidenciado que os enfermeiros priorizam, na escolha do paciente que irão cuidar, não aspectos relacionados ao paciente enquanto pessoa, mas sim à complexidade do procedimento a ser realizado e/ou a gravidade da patologia. [...] Nesse

sentido, percebemos uma contradição entre a concepção inicial de cuidar/cuidado e o discurso dos entrevistados, sempre centrados no procedimento, na patologia. Poucos enfatizam a pessoa a ser cuidada. [...] Percebe-se uma passagem da teoria para a realidade e da realidade para o sonho. [...] As questões todas parecem-nos girar em torno dos relacionamentos estabelecidos, como também das concepções que as pessoas envolvidas têm a respeito de si, do outro, do significado atribuído a cuidar/cuidado.

Constatarem, ao longo trabalho que existe uma concepção idealizada de cuidar. O conceito inicial parece correto (enquanto amplitude): cuidar/cuidado abrangendo além dos procedimentos físicos, aspectos emocionais, psicológicos, afectivos e espirituais.

Se tomarmos por base as cinco perspectivas de cuidar apresentadas por MORSE e co!., (1991), podemos verificar que nem todas estão presentes no discurso dos enfermeiros. Então, o conceito parece correto, mas não completo. Além disso, o fazer nem sempre corresponde ao dizer. Há uma série de variáveis que influenciam e dificultam a realização do cuidar/cuidado como os funcionários o concebem, embora, conforme relatos, haja uma série de estratégias que são utilizadas para garantir o cuidado. (DUPAS, G.; PAVARINI, S.C.I, p.81)

Concluíram esse trabalho, revelando grande apreensão em face de uma realidade que, para elas, parece distante do modelo idealizado, “um modelo mais humanitário de cuidado interactivo, direccionado à disposição de ajudar e realizado integralmente, a partir da necessidade relatada pela pessoa a ser cuidada.

Outro aspecto a ter-se em conta é que aqueles enfermeiros que acusam dificuldades de relações interpessoais são eles vítimas também dessas dificuldades.

Segundo um artigo de Vanessa de MELLO, diversos estudos demonstram que 100% dos profissionais de enfermagem acusam algum nível de *stress* adveniente do ambiente de trabalho. E apresenta como factores: “*dificuldades nas relações interpessoais, actividades rotineiras e repetitivas, excessivo número de pacientes, clima de sofrimento, dor e morte, baixas condições salariais, poucas actividades de lazer, o enfrentamento, por vezes, de dificuldades estruturais da saúde e longas jornadas de trabalho*”. Segundo a mesma, a equipa de Enfermagem é responsável por 60% das ações da área da saúde, por meio da assistência permanente, da implementação do cuidado à população, pelo que “*permanecem ao lado dos pacientes e do ambiente de saúde, mesmo em condições de dor e sofrimento que advém desse contexto. Com isso, a Enfermagem, foi classificada pela Health Education Authority, como a quarta profissão mais estressante*”.

No seu trabalho de pesquisa intitulado *Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?* Vera Waldow indica que, em geral, enfermeiras definem o que fazem ao cuidar (ou assistir) segundo o enfoque de prioridade aprendido nas escolas.

Essa pesquisadora questiona, (p. 20), sobre a interpretação que terá **cuidar** para aqueles que o recebem e para quem o realiza.

Waldow refere que autores de dicionários, como Ferreira (1986); Figueiredo (1973); Fernandes (1965) e Aulete (1958) propõem uma interpretação do cuidar que sugere

atenção, cautela, precaução, diligência, desvelo, zelo, responsabilidade, inquietação de espírito causado por algum mal que sucede ou se receia, ou pelo desejo de cumprir algum dever ou de levar a cabo algum negócio, tratar doentes com cuidado, vigilância, incumbência, inquietação moral, solicitude, tomar cuidado, ter cuidado em alguma coisa, ter cuidado em ou com alguma pessoa, dar cuidado, preocupar, pensado, imaginado, meditado, previsto, calculado, suposto.

Sem nos darmos conta (esta expressão implica a ideia de não cuidado, ou seja, não atentar, não prestar atenção, não cuidar!)

Durante essa pesquisa realizada com 40 enfermeiros, Waldow caracterizou o cuidar, como conceito que envolve *“ações e atitudes de assistir, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o status de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental”*.

Este cuidar pressupõe conhecimentos, valores, habilidades e atitudes na busca de favorecer a condição do ser humano no seu processo de existir – viver e morrer. E que o cuidado é uma característica humana, uma componente inerente ao ser humano, contemplativo do respeito e da dignidade do paciente como ser humano, significando também, afeto e interação interpessoal.

Mais adiante afirma que um aspecto que se acredita ser indispensável para a melhoria das condições de trabalho e de saúde é o compromisso dos profissionais de enfermagem com o caráter acadêmico-científico na produção de conhecimentos que subsidiem a prática

Para Vanessa de MELLO (*Op. Cit.*), além das reflexões individuais dos profissionais, faz-se necessário o incentivo constante das organizações de saúde em ações que valorizem o diálogo e o reconhecimento, bem como o estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Assim, as relações interpessoais serão fortalecidas e

culminarão em motivação e valorização da enfermagem e o melhor ambiente de trabalho. Isso emerge a necessidade de cuidado ao cuidador, pois esses precisam de equilíbrio profissional para melhor cuidar.

7. PROPOSTA DE MELHORIA

O primeiro passo para a modernização do sistema de atendimento e assistência a utentes com traumatismo crânio encefálico, assim como a qualquer outro paciente, é necessariamente a humanização dos serviços de Assistência. Qualquer outro investimento antes deste não produziria efeitos proporcionais. Existe atualmente uma tendência para a identificação do conceito de cuidar com as suas raízes filosóficas que sugere que este seja direcionado ao indivíduo na sua plenitude e não apenas visando a doença em particular.

Contudo, qualquer que seja a abordagem, os processos que esse cuidado incorpora devem ser organizados, planeados, sistematizados, de forma a serem mais eficientes.

7.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A ciência de enfermagem é sustentada numa ampla estrutura teórica que nas suas intervenções o enfermeiro é levado a materializar em processos sequenciados e lógicos observando, contudo, as envolvências humanas e específicas em que a situação de emergência se inscreve.

O processo de enfermagem configura-se como um instrumento profissional do enfermeiro, que guia sua prática e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência prestada (STEFANO, 2009, p. 20).

O processo de enfermagem configura-se na efetivação das fases relacionadas aos procedimentos realizados pelos enfermeiros para o melhor atendimento aos pacientes, onde se apresentam o Histórico de enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano de

Enfermagem; Evolução de Enfermagem; Prognóstico de Enfermagem. [LEOPARDI (2006)].

E para que a equipa de enfermagem possa levar a cabo essa missão com maior garantia de sucesso, impõe-se implementar uma **Sistematização da Assistência de Enfermagem**, uma metodologia norteadora para o enfermeiro na aplicação do processo de enfermagem. Essa sistematização, assente no exercício de uma função administrativa centralizada na assistência ao paciente, traz a necessária segurança ao paciente, assim como maior qualidade na assistência prestada, e maior autonomia às equipas de enfermagem.

Essa Sistematização visa, em suma, orientar as habilidades e ações de enfermagem de forma organizada, sistematizada, com vista ao melhor entendimento e atendimento possíveis das necessidades individuais do paciente, família e comunidade. É também um instrumento facilitador da comunicação entre o enfermeiro e a equipa multidisciplinar envolvida nos processos da Assistência.

A sistematização da assistência de enfermagem no atendimento aos pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico devem assentar-se em técnicas e procedimentos específicos enquadrados numa estratégia de atuação desencadeada pelas exigências inerentes a cada caso e de acordo com os resultados que os dados recolhidos houverem produzido.

A participação dos profissionais de enfermagem, no que se refere ao tratamento de pacientes com traumatismo craniano deve fazer-se de modo a propiciar a recuperação dos mesmos, pelo que requer a sua permanente atenção para eventuais variações a nível do paciente que necessitem de ser controladas para impedir o surgimento de sequelas, principalmente nos traumas mais graves, que podem ter a morte como desfecho.

A sistematização da assistência de enfermagem, entre muitos outros benefícios, permite direccionar os cuidados para o indivíduo e não somente para a doença, reduzir a incidência e tempo das internações hospitalares, reduzir os custos, melhorar a comunicação entre sectores, evitando lacunas, erros e repetições.

Também deve o enfermeiro assumir que o conhecimento é um factor determinante para que a sistematização seja bem-sucedida. O conhecimento é indispensável ao enfermeiro para que este possa agir com propriedade e profissionalismo. Esse conhecimento confere-

lhe a si e aos demais membros da equipa um elevado grau de segurança na tomada de decisões, mas também inspiram maior confiança ao paciente que se mais facilmente se predisporá a colaborar no seu tratamento. É também certo que, inversamente, lacunas de conhecimento por parte do enfermeiro acarretarão insegurança e dificuldade de comunicação aos outros membros da equipa e facilmente se aperceberão o paciente e os familiares dessa insegurança e das incoerências dos processos.

Segundo Martins *et al* (2008, p. 1093), a visão tecnicista do cuidado, “favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das relações humanas, conduzindo ao predomínio de uma forma racional de cuidar.” Esta visão desfavorece a comunicação como forma de cuidado ao paciente e a família que necessita de atenção promovendo mais segurança e esclarecimentos em relação ao tratamento e estado de saúde do paciente. É portanto necessário que a sistematização da assistência de enfermagem não se converta num processo mecânico que descarte o lado humano dessa mesma assistência.

O diálogo entre equipa de enfermagem, familiar e paciente contribui para um relacionamento assente na confiança e facilita a obtenção de resultados com melhor qualidade para a assistência (SIQUEIRA *et al.*, 2006). Além do diálogo, é também fundamental prestar assistência de qualidade ao paciente. “O contato estreito da família com o sujeito hospitalizado, além de benéfico a este, diminui o sentimento de desamparo do familiar diante do sofrimento desse indivíduo.” (INABA *et al* Apud NASCIMENTO; MARTINS, 2005, p.425).

O profissional da saúde deve ter a consciência de que a cultura influencia significativamente o modo de ser e de se comunicar de cada um, através de crenças e valores, sendo assim não deve levar em consideração apenas as suas próprias características culturais, mas também as do paciente. É importante que a equipa de enfermagem utilize a sensibilidade e o conhecimento teórico juntos, tendo como finalidade oferecer uma assistência de enfermagem planeada e estruturada, visando a orientação dos familiares a respeito do que ocorre com o paciente. (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

No contexto das Emergências, o paciente em estado crítico necessita da realização urgente de controlo rigoroso de seus parâmetros vitais sendo prestada uma assistência de enfermagem contínua e intensiva envolvendo a utilização de equipamentos especializados, fazendo com que a enfermagem supervalorize os aspetos biológicos e subestime a questão

psicossocial espiritual. Pois o paciente que chega às Emergências traz com si todos seus sentimentos, valores e anseios, preservando suas características pessoais e sociais, sendo que, nessas circunstâncias seus sentimentos se tornam mais intensos e muitas vezes acompanhados do medo da morte. (MANZI; NUNES, 2001).

É em situação como estas que o paciente e os respectivos familiares acusam um grau elevado de nervosismo, de ansiedade e até de angústia, situação que a equipa deve estar habilitada a gerir com redobrada atenção e propriedade, usar de uma comunicação adequada de maneira a tranquilizá-los, sob pena de contribuir, mesmo que involuntariamente, para tornar o ambiente menos favorável à recuperação do paciente.

A equipa de enfermagem deve comunicar com a família e o paciente de forma clara e objetiva, pois termos técnicos nem sempre são de conhecimento geral, o que torna a informação ineficiente. Deve-se entender a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos.

Conclui-se, portanto, que a equipa de enfermagem deve estar preparada, para a **Sistematização**, o **Planeamento da Assistência de Enfermagem**, que é a chave da organização de qualquer serviço de atendimento ao paciente, sem contudo nunca se perder nos processos em prejuízo da vertente humana.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegados a esse ponto do trabalho, questionamo-nos: qual é de facto a necessidade de ter-se falado tanto de conceitos, filosofias, tendências, organização, etc. em enfermagem, quando o trabalho era suposto versar especificamente sobre de enfermagem confrontada com traumatismo crânio encefálico?

Este tipo de questionamento encerra em si mesmo todas as razões para que tais abordagens acima fossem feitas, visto ser sintomático do desconhecimento que se tem da importância desses aspectos no cumprimento cabal da função de enfermeiro. De facto, para que todo o esforço do enfermeiro no sentido de tratar de uma vítima de traumatismo crânio encefálico logre satisfatoriamente o paciente, este terá de o aceitar e colaborar na busca do seu efeito positivo. Não que a omissão dos princípios aqui expostos afaste qualquer hipótese de

“cura” do paciente. Mas certamente que o impacto sobre este último terá sido manifestamente diferente do que resultaria de um verdadeiro cuidado de enfermagem, aquele que aplicado num contexto interdisciplinar fluido, humanizado, planificado e organizado se direciona ao indivíduo como pessoa humana e não ao corpo portador de lesões, como se de uma máquina com avaria mecânica se tratasse. Felizmente, em Cabo Verde esta última concepção, reconhecidamente retrógrada, do papel da enfermagem tende a dar lugar, paulatinamente a uma concepção mais próxima da que aqui se postula.

O recurso às referências bibliográficas que o trabalho impôs, foi impelindo as nossas atenções fundamentalmente para três aspectos: o sentido filosófico e o verdadeiro significado do **cuidar em enfermagem**; o possível impacto da **humanização do atendimento em enfermagem** e as vantagens de uma bem-sucedida **sistematização da assistência em enfermagem**. Não que perdêssemos interesse pelos aspectos clínicos, pois relativamente a estes as nossas expectativas só podiam ser justificadas, atendendo à riqueza dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

De facto, conforme se avançava nas pesquisas e se avolumava o conteúdo do trabalho, instalava-se em nós alguma apreensão relativamente à realidade dos nossos serviços de Assistência de Enfermagem, particularmente, e de forma mais marcante, das unidades de Urgência/Emergência. Desde logo, foram emergindo questionamentos e conclusões quanto as razões subjacentes a tais atitudes. A primeira grande e irrefutável realidade é que, nalguns casos, existe no seio dos profissionais de saúde uma manifesta dificuldade em interiorizar o verdadeiro sentido e o significado do cuidar em enfermagem. Então questionamo-nos: porque será? Várias serão as respostas possíveis. Antes de mais, razões que se prendem com a vivência socioeconómica e política nacional (*vide* cap. 7.3.2.1 – “Entraves ao Processo de Humanização”). Um handicap que cremos não ser exclusivo à enfermagem cabo-verdiana. Pois, da análise de vários documentos de investigação e publicações da OMS, deduziu-se serem comuns a muitos países, sobretudo aqueles cuja realidade socioeconómica, porque amplamente desfavorável, afastam as pessoas, até mesmo profissionais de saúde, deste tipo de reflexão, uma vez que a satisfação de necessidades existenciais mais primárias reivindica atenção prioritária.

Ainda segundo publicações da OMS, existem ainda, condicionados pelos anteriores, factores de natureza cultural bastante enraizados que viciam a perspectiva daqueles que, a

priori, eram supostos agir no sentido de alterar, o *status quo*. Desta forma, a boa vontade tem-se revelado insuficiente nestes casos em que não existe uma cultura colectiva do verdadeiro sentido do cuidar em enfermagem.

Na nossa perspectiva, essa ausência de cultura do cuidado em enfermagem afectará certamente a orientação do ensino da arte da enfermagem e a gestão político-administrativa do sector. Os próprios programas oficiais para o sector, quando informam, logo na sua origem, da ausência de uma visão clara da função de cuidar, terão a sua implementação desfavorecida pelas mesmas razões.

Baseando-nos nesses mesmos relatórios concluímos que no nosso caso o problema já não se colocará com a mesma acuidade, o que supomos ser por terem já sido razoavelmente ultrapassados muitos desses factores debilitantes da produção e implementação de programas de melhoria para o sector.

O desempenho da tarefa de cuidar em geral é definido pelas interações que o profissional de enfermagem estabelece com o universo. O cuidar/ cuidado neste universo poderá ser centrado nos procedimentos ou na pessoa a ser cuidada.

Perguntamo-nos então: afinal, qual a verdadeira realidade da Assistência de Enfermagem nos nossos serviços hospitalares?

Sendo a investigação *in loco* a melhor forma de o saber, foi estabelecido um modesto plano de actuação, baseado num questionário dirigido a alguns profissionais de enfermagem do Hospital Baptista de Sousa, de S. Vicente, que tenham ou hajam tido algum vínculo com a unidade de Urgências/Emergência, indagando sobre a sua sensibilidade na matéria, de que de obteve o seguinte resultado:

Para uns, a falta de enfermeiros em número suficiente e a insuficiência de meios materiais em face à demanda nos serviços de urgência tem feito com que simplesmente os enfermeiros priorizem suas tarefas clínicas, contemplando apenas a vertente técnico-científica, com prejuízo para a vertente humana do cuidado, omitindo que a pessoa que esta a ser cuidada é um ser humano muitas vezes em estado de dependência ou mesmo até de incapacidade.

Alguns reconhecem que muitas das vezes os profissionais de enfermagem, numa demonstração exacerbada de autoridade, exercem poder excessivo sobre o paciente, impondo-lhe obediência às suas regras, dispensando qualquer opinião daquele.

Outras vezes profissionais de enfermagem, num sobressalto de paternalismo, assumem-se como autênticos responsáveis dos utentes, sobre e por quem tomam decisões sem lhes dar qualquer oportunidade de questionar, discordar ou opinar.

Quanto a ser o lado humano tido em conta ou não, respondem que tal só ocorre quando têm tempo, visto que em face da enorme demanda, que é lugar-comum nas unidades de urgências/emergências, tal compromisso torna-se difícil, podendo ser inclusive prejudicial ao trabalho dos enfermeiros.

A avaliar-se pela resposta dada à questão: *O ser cuidado tem uma identidade e é compreendido?* Depreende-se que o conceito de identidade ou do indivíduo na sua plenitude parece ainda mal interiorizado. E para confirmação de tal constatação, perguntou-se se *o ser cuidado tem uma identidade e é compreendido*, ao que não obtivemos qualquer resposta.

Surge depois uma contradição por parte dos entrevistados que quando questionados se a pessoa que cuida interage com a pessoa a ser cuidada, com envolvimento e responsabilidade, responderam que sim, pois que para cuidar de uma pessoa há que ter em conta o envolvimento ainda que pequeno, pois o cuidar implica necessidade de envolvimento das pessoas concernidas, realçando que o sentido de responsabilidade é de extrema importância.

Inqueridos sobre se a pessoa que cuida preocupa-se e faz do cuidado um instrumento para o crescimento do outro, responderam que *sim, quando alguém cuida, este cuidar tem como objetivo a melhoria do indivíduo ou diminuição de sofrimento*. Mantém-se aqui a tendência contraditória constatada na pergunta anterior.

Em circunstância alguma houve referência feita à família como elemento importante no processo de cuidar. A tendência mais vincada e que parece prevalecer é a de que estes constituem mais um embaraço do que ajuda nesse processo, sendo que promover qualquer

hipótese de aproximação dos mesmos com o paciente constitui antes um gesto de benevolência por parte do enfermeiro do que propriamente uma necessidade deste.

Depreende-se, pois, com alguma apreensão, que mau grado os esforços de alguns profissionais de enfermagem no sentido de melhorar o quadro actual e apesar de demonstrarem, na maior parte dos casos, ter noção do que é necessário para um eficiente cuidado em enfermagem, subsistem no nosso caso problemas em muito semelhantes aos constatados acima nas análises feitas a alguns trabalhos de investigação. E sobre isto, escusado seria repetir-se que urge conjugar esforços no sentido de melhorar as condições de actuação dos profissionais de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à formação contínua – necessidade que, aliás, quase todos reconhecem –, melhoria das condições técnicas e materiais, criação de incentivos e implementação efectiva e monitorizada de instrumentos de sistematização cujos efeitos escusamo-nos de repetir.

Outrossim, será necessário que ações sejam levadas a cabo junto da população para mudar o seu olhar em relação a esses serviços. De fato, é frequente ouvir-se comentários pouco abonatórios sobre esses setores e não raras vezes, utentes que recorrem aos mesmos parecem chegar com predisposição para contacto conflituoso. Muitas dessas acusações têm infelizmente fundamento, pelo que repercutem com grande facilidade. De entre os aspetos mais perniciosos, queixam-se os utentes repetidas vezes de atitudes rígidas, autoritárias e desumanas de certos enfermeiros e suas equipas no processo de comunicação e da não preservação da privacidade, incluindo respeito e solidariedade para com o paciente e sua família.

Alguns enfermeiros mais resistentes defendem que a comunicação e o cuidado com os familiares constituem tarefa a ser assumida por profissionais específicos como psicólogos e assistentes sociais. Contudo mesmo sendo esses profissionais de grande importância e indispensáveis, essa é uma responsabilidade de toda a equipa de enfermeiros, tanto mais que são os estes últimos que têm contacto mais assíduo e continuado com os pacientes.

Se é inegável que ainda persistem, no seio dos agentes de saúde, comportamentos e atitudes que justificam aquelas acusações e reações por parte dos paciente e seus familiares, não é menos inegável que se vem registando melhorias consideráveis, sobretudo com a entrada no ativo de um número expressivo de novos agentes, melhor

preparados e menos afetados pelos vícios culturais das mentalidades sociopolíticas vivenciadas no passado remoto e recente.

O enfermeiro é um profissional contratado a quem compete executar tarefas com base numa série de competências (habilidades manuais ou técnicas, pensamento crítico, além de conhecimento e intuição), de acordo com o previsto por lei. “Contudo, estas competências não são suficientes para que o profissional seja um verdadeiro cuidador, dado que ele necessita um componente afetivo, relacional, de maneira que interaja, se relacione com o ser cuidado, seja através de palavras, seja através do silêncio, por meio do toque, de um olhar, de um gesto.” Waldow (*Op. Cit.* p. 91).

É essa realidade que qualquer enfermeiro consciente e engajado pretende viver e fazer sentir aos que recorrem aos seus serviços, esteja ele vinculado a que departamento for, tenha o problema carácter de urgência ou não. Este tipo de cuidado passa a ser um direito inalienável de qualquer indivíduo e da sua comunidade; é deste tipo de cuidado que o país necessita e para cuja consecução todos temos a obrigação de contribuir. E foi justamente no sentido desse subsídio que se elaborou, para constar como parte deste trabalho, uma proposta de melhoria das condições de trabalho e o desempenho dos profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros, é certo, mas visando fundamentalmente o benefício dos utentes, seus familiares e a comunidade em geral que têm direito a uma melhor qualidade de atendimento cuidado, num contexto de maior humanização. Para que se possa aproximar do ideal almejado, é necessário que se dê maior atenção à vertente formação/reciclagem, mais voltada para a humanização, de profissionais de enfermagem, nomeadamente aqueles que trabalham em situação de Urgência/Emergência se crie incentivos e condições para valorização da classe profissional. Mas dever-se-á igualmente investir na melhoria das condições técnicas e materiais de trabalho. Também será necessário que se pense num serviço de assistência pré-hospitalar competente, o que, seguramente, contribuirá para melhoraria da intervenção hospitalar e conferirá maior segurança às vítimas de acidente. Outrossim, além da necessária implantação de uma cultura organizacional consistente, porque pré-requisito indispensável para a implementação duma eficiente sistematização dos processos, os serviços de saúde deverão ser estruturados de forma a aligeirar a carga de atendimento nas urgências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen; *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1989.

CALDAS, N.P. *A Enfermagem e a Tecnologia Apropriada: adequação da prática a realidade brasileira*. Ver. Brás. Enf. DF. N35, 1982.

CARVALHO LFA et al. *Traumatismo Crânio encefálico Grave em Crianças e Adolescentes*. Ver. Bras. Ter Intensiva 2007; Fonte:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-507x2007000100013&script=sci_arttext

CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo*. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a Vida*. 5ª Tiragem. Lidel. Loures, 1999

DE MELLO, Vanessa Evelyn, *A Saúde do Profissional de Enfermagem para o melhor cuidar. Programa Proficiência*. Fonte:
http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=231:a-saude-do-profissional-de-enfermagem-para-o-melhor-cuidar&catid=39:blog&Itemid=65

DUPAS, G.; PAVARINI, S.C.I. *O Processo de Cuidar em Enfermagem: Com a palavra os enfermeiros de uma instituição hospitalar*. 1999. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.12,

FERRER, Mario Vaz; TOLEDO, Luiz Carlos - *As Unidades de Urgência e Emergência Primeiros Cuidados Projetuais*
http://mtarquitectura.com.br/conteudo/publicacoes/PRIMEIROS_CUIDADOS_PROJETUAIS.pdf

GUIMARÃES, E.M.P. BASTOS, M.A.R. 2000. *Desarrollo de Recursos Humanos em Enfermeria. Maestria em Administración de Servicios em Enfermeria*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. BH: UFMG

HENDERSON, Virgínia. 2007. *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*, Lusodidactica. Loures,

HESBEEN, Jean Wattson. 2004. *Cuidar neste Mundo*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas

HESBEEN, Jean Wattson. 2001. *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência

LEOPARDI, M.T. *Teoria e Método em Assistência de Enfermagem*. Soldasoft Editora, 2006.

MANZI, Alessandra da Silva; NUNES, Berenice, *Reflexões sobre humanização e o processo de cuidar em unidades de terapia intensiva*. Revista de Enfermagem 76-79, 2001. Disponível em:

<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-16.pdf>

MARQUES, Rosemary Cristina; SILVA, Maria Júlia Paes; MAIA, Flávia Oliveira Motta. *Comunicação entre Profissionais de Saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva*. Rev. enferm. UERJ, 91-95, jan./mar. 2009. Disponível em:

http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/470_v17n1a17.pdf

MARCHESE, Cristiane. *Traumatismo Crânio encefálico - TCE*

<http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. *Relatório Estatístico de Saúde 2009*, Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação -Praia, Nov. 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. *Relatório Estatístico de Saúde 2010*, Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação -Praia, Junho 2011

NIGHTINGALE, Florence. 2005. *Notas Sobre Enfermagem*. Lusociência. Loures,

PHIPPS, W.; SANDS, J. & MAREK, J. 2003. *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência

PIRES, Marco, Tubio Bacarine, STARLING, Sizenando, Vieira. 2006. *Manual de Urgências em Pronto Socorro*. 8ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

RECUERO, Cristiane Marchese; BRAMBILA, Luziana Suzuki; GREGORCZYK, Vivian. *Traumatismo Crânio encefálico (TCE)*. Fonte: <http://adam.sertaoggi.com.br>

SHEEHY, Susan. 2000. *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* - 4º ed. Loures. Lusociência

SILVA, Gabriela de; MORONA, Larissa da Rocha. *Traumatismo Crânio-Encefálico: perfil epidemiológico das vítimas atendidas na unidade de emergência*. 2006. Monografia em enfermagem. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau

SILVA, Natália D.; CONTRIN, Lígia M. *Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita*. Arq. Ciênc. Saúde, 148-152, Jul./Set. 2007. Disponível em:
http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD204.pdf

SIQUEIRA, Amanda Batista et al. *Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência*. Arq. Med ABC, 73-77, 2006. Disponível em: <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>.

STEFANO, E. S. *Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes vítimas de traumatismo crânio-encefálico (TCE)*. Universidade do Extremo Sul Catarinense – NESC – Centro Educacional São Camilo – Sul. Criciúma, 2009.

STUART, G.W; LARAIA, M.T *Enfermagem psiquiátrica* 4 ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores 2002. Fonte:
www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_hildegard_peplau.htm.

TOMEY, ALLIGOOD, Martha Raile. 2004. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Terias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures. Lusociência

VEIGA, V.C. Rojas, et al. *Traumatismo Crânio Encefálico*. Artigo, 2011. Disponível em: www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes13.pdf

VICENTIN, L. et al. *Administração da Assistência de Enfermagem e a Atuação do Enfermeiro*. In: Jubileu de Ouro da Escola Paulista de Medicina: 1939-1989. Anais. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1991.

WALDOW Vera Regina, *Atualização do Cuidar*, Aquichan, abril, año/vol. 8, número 001, Chía, Colômbia, 2008 Universidad de La Sabana

WALDOW Vera Regina, *Definições de Cuidar e Assistir: Uma Mera Questão de Semântica?* R. gaúcha Enferm. 1998. Porto Alegre, v.19, n1, p.20-32

WALDOW, V.R. *Cuidado Humano: O resgate necessário*. 1996. Porto Alegre: Sagra Luzzato,.

WIKIPEDIA. http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Glasgow

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Annex Tables World Health Report 2004*. Regional Office for Africa, Department of Measurement and Health Information - December 2004 (www.aho.afro.who.int)

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Atlas of African Health Statistics 2012 - Health situation analysis of the African Region*. Regional Office for Africa, 2011 (www.aho.afro.who.int)

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Ramsay

Grau 1	Paciente ansioso
Grau 2	Cooperativo, orientado, tranquilo
Grau 3	Sonolento, reage aos comandos
Grau 4	Dormente, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau5	Dormente, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 6	Dormente, sem resposta

Anexo 2

	VARIÁVEIS	ÍNDICE
Abertura Ocular	<i>Espontânea</i>	4
	<i>À Voz</i>	3
	<i>À Dor</i>	2
	<i>Nenhuma</i>	1
Melhor Resposta Verbal	<i>Orientada</i>	5
	<i>Confusa</i>	4
	<i>Palavras inapropriadas</i>	3
	<i>Palavras incompreensivas</i>	2
	<i>Nenhuma</i>	1
Melhor Resposta Motora	<i>Obedece a comandos</i>	6
	<i>Localiza dor</i>	5
	<i>Movimento de retirada</i>	4
	<i>Flexão anormal</i>	3
	<i>Extensão anormal</i>	2
	<i>Nenhuma</i>	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

[Fonte: Wikipedia - Escala de coma de Glasgow]

Anexo 3

PROTOCOLO ASSISTENCIAL

ATENDIMENTO PRIMÁRIO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNEO ENCEFÁLICO

ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Manutenção de vias aéreas com proteção da coluna cervical - A

Colar cervical

Abertura de vias aéreas superiores

Instalação de via aérea definitiva

Algoritmo – A

Respiração e ventilação – B

Circulação com controle de hemorragia – C

Avaliação neurológica – D

Avaliação da reação pupilar

Avaliação do nível de consciência

Exposição com controle de hipotermia – E

Exposição

Controle de hipotermia

Algoritmo E

Algoritmo A, B, C, D e E

ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Rotina: Atribuições da enfermagem no atendimento à vítima de trauma

Referência bibliográfica

O planeamento antecipado à chegada do paciente traumatismo crânio encefálico é essencial para um eficiente e rápido atendimento. Por essas razões, o Hospital, além de possuir uma equipe multidisciplinar qualificada e em número suficiente, deverá estar provido de materiais e equipamentos, sendo que esses deverão estar organizados, testados e colocados de forma a estarem imediatamente disponíveis.

Nota: Durante toda a assistência ao paciente traumatizado, os profissionais de saúde deverão adotar medidas de proteção individual.

Os pacientes traumatizados admitidos na Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Hospital deverão ser avaliados quanto às prioridades de tratamento onde serão estabelecidas de acordo com as lesões, os sinais vitais e o mecanismo do trauma. O atendimento deverá seguir uma sequência lógica de tratamento de acordo com as prioridades e baseada na avaliação geral do paciente, no qual consiste de um exame primário rápido, reanimação das funções vitais e um exame secundário pormenorizado, conforme as recomendações do Advanced Trauma Life Support for Doctors “ATLS”. Esse processo constitui o ABCDE dos cuidados do paciente traumatizado e identifica as condições que implicam em risco de vida por meio da seguinte sequência:

A – Vias aéreas com proteção da coluna cervical

B - Respiração e Ventilação

C – Circulação com controlo da hemorragia

D – Avaliação neurológica

E – Exposição com controlo da hipotermia

No atendimento primário, as condições que implicam em risco de morte deverão ser identificadas e seu tratamento deve ser instituído imediatamente. Neste protocolo, os procedimentos de avaliação e tratamento serão priorizados como etapas sequenciais em ordem de importância, contudo, na prática, essas etapas serão realizadas simultaneamente.

As prioridades da assistência ao paciente traumatizado pediátrico e à gestante são as mesmas, no entanto existe algumas particularidades que serão abordadas separadamente em outro protocolo.

Atendimento Primário

A – MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS COM PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

Profissional executante da acção: enfermeiro ou técnico de enfermagem

O profissional que receber o paciente traumatizado deverá formular para si as perguntas abaixo?

Nota: Durante toda a assistência ao paciente traumatizado, os profissionais de saúde deverão adoptar medidas de protecção individual.

1A - COLAR CERVICAL

1. Chegou com colar cervical?

Sim – Prosseguir o atendimento

Não – Colocar o colar com auxílio de outro profissional que deverá mobilizar a coluna cervical adequadamente.

2A - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS

1. Vias aéreas livres?

Sim -Emite sons claros.

- Ausência de secreções na cavidade oral.
- Ausência de corpo estranho na cavidade oral.

Não -Presença de secreção na cavidade oral.
-Presença de corpo estranho na cavidade oral.

Queda da língua.

Queda da língua.

- a) **Instalar máscara de oxigênio de 10 a 12 litros por minuto;**
- b) **Colocar oxímetro de pulso;**
- c) **Avaliar.**

a) Presença de secreções na cavidade oral

- Abrir as vias aéreas por meio das manobras de jaw thrust (anteriorização da mandíbula) ou chin lift (elevação do mento) e visualizar a cavidade oral;
- Aspirar a secreção com aspirador de bico rígido;
- Instalar máscara de oxigênio de 10 a 12 litros por minuto;
- Colocar o oxímetro de pulso;
- Avaliar.

b) Presença de corpo estranho na cavidade oral

- Abrir as vias aéreas por meio das manobras de Jaw thrust (anteriorização da mandíbula) ou Chin lift (elevação do mento) e visualizar a cavidade oral;
- Retirar o corpo estranho com a pinça;
- Instalar máscara de oxigênio de 10 a 12 litros por minuto;
- Colocar oxímetro de pulso;
- Avaliar.

c) Queda da língua

- Abrir as vias aéreas por meio das manobras de Jaw thrust (anteriorização da mandíbula) ou Chin lift (elevação do mento) e visualizar a cavidade oral;
- Colocar o guedel;
- Instalar bolsa-máscara-ventilatória, comprimindo a bolsa de 24 a 30 ventilações por minuto;
- Colocar oxímetro de pulso;
- Avaliar.

3A - INSTALAÇÃO DE UMA VIA AÉREA DEFINITIVA

Profissional executante pela ação: médico

Profissional auxiliar: enfermeiro

ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL – via aérea definitiva

- Preparar a medicação prescrita
 - Oferecer luvas esterilizadas;
 - Oferecer laringoscópio e lâmina específicos testados;
 - Testar e confirmar a integridade do balonete da cânula de entubação com a numeração especificada;
- Oferecer a cânula de entubação com o fio guia estéril; oferecer laringoscópio e lâmina específicos testados;
- Testar e confirmar a integridade do balonete da cânula de entubação com a numeração especificada;
- Oferecer a cânula de entubação com o fio guia estéril;□
- Auxiliar o médico na imobilização da coluna cervical, durante o procedimento de entubação;
- Oferecer ou ambuzar a bolsa ventilatória antes e após a entubação.

Lembrete:

- Sempre oxigenar o paciente por meio da bolsa-máscara-ventilatória entre as tentativas de entubação endotraqueal.
- Garantir o posicionamento correto da cânula de entubação fixando-a bem com esparadrapo na numeração indicada pelo médico.

FAZER TRAQUISTOMIA – via aérea temporária

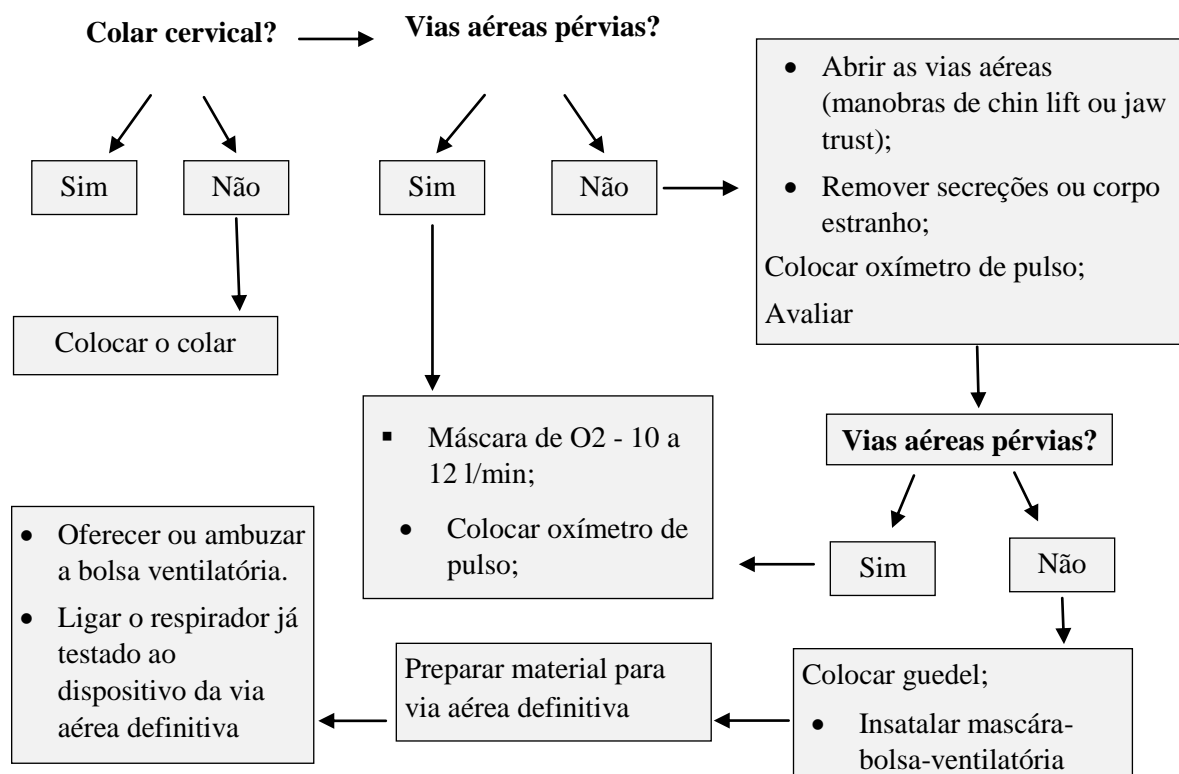
Profissional executante pela ação: médico

Profissional auxiliar: enfermeiro

- Oferecer material para assepsia (gazes esterilizadas e álcool 70% ou álcool iodado);
- Auxiliar o médico no procedimento;

***Após a instalação da via aérea definitiva, conectar os tubos do respirador ao dispositivo utilizado na via aérea definitiva.

ALGORÍTMO - A (Abertura das vias aéreas com proteção da coluna cervical)



B – RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

Profissional executante da ação: médico

Profissional auxiliar: enfermeiro

- Auxiliar o médico no procedimento, se necessário;

1C. CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA

- Fazer curativo compressivo com compressas estéreis nos locais com sangramentos intensos, se houver;
- Puncionar dois acessos venosos calibrosos, preferencialmente, um de cada lado nos membros superiores com cateter teflon agulhado nº 14 ou 16;
- Colheita de amostra de sangue para análise
- Fazer a monitorização cardíaca;
- Aferir os sinais vitais;
- Passar sonda nasogástrica, quando prescrito e deixá-la aberta para drenagem.

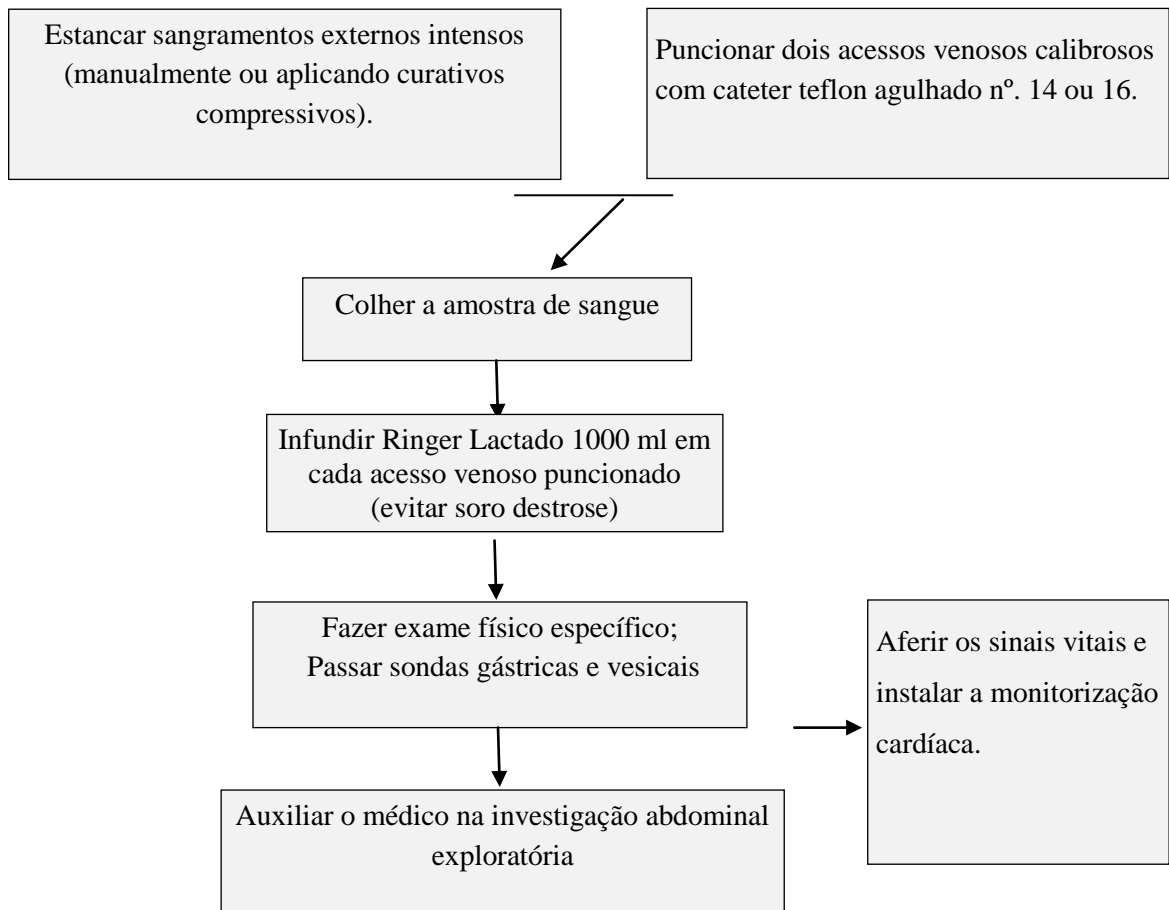
A Sonda passada pela via nasogástrica é preferível em relação à via oral, exceto nas situações onde o paciente apresentar:

- Sinais de fratura de base de crânio (hematoma periorbitário e na região mastóidea, rinorreia, rinorragia, otorreia e otorragia).
- Fraturas dos ossos da face, em algumas situações.
- Passar sonda vesical de demora, quando prescrito, exceto nas situações onde o paciente apresentar:
 - Uretrorragia e hematoma e lacerações de genitália.
 - Desvio da próstata (procedimento médico).
- Desprezar o volume drenado logo após a instalação da sonda vesical de demora;
- Mensurar o volume e anotar as características da urina.

Observação: Em GESTANTES, deverão ser acrescentados os cuidados de deslocar o útero manualmente para o lado esquerdo para aliviar a pressão sobre a veia cava na posição dorsal.

ALGORITMO C (Circulação com controle de hemorragias)

C- Circulação com controlo de hemorragia



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Profissional executante da ação: médico

Profissional auxiliar: enfermeiro

1D. AVALIAÇÃO DA REAÇÃO PUPILAR

- Oferecer a lanterna ou laringoscópio com a luz da lâmina testada ao médico;
- Após a avaliação médica, anotar as características observadas.

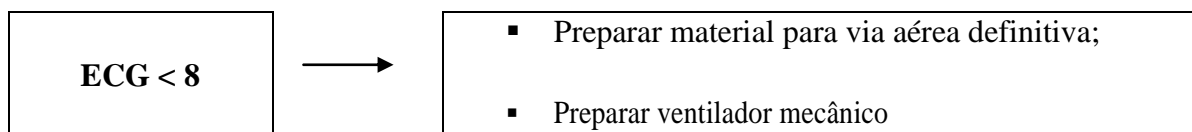
Avaliação da reação pupilar		
Tamanho da Pupila	Resposta à luz	Definição
Isocórica	-	Pupilas com o mesmo tamanho
Anisocórica	-	Pupilas com tamanhos diferentes
Miose unilateral (D e E) ou bilateral	Difícil de determinar, reagente e não-reagente	Pupila diminuída
Midríase unilateral (D e E) ou bilateral	Reagente e não-reagente	Pupila dilatada

2D. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

A escala de coma de Glasgow (ECG) deverá estar fixada na parede, próximo à cabeceira do leito e de forma que, todos possam visualizá-la claramente.

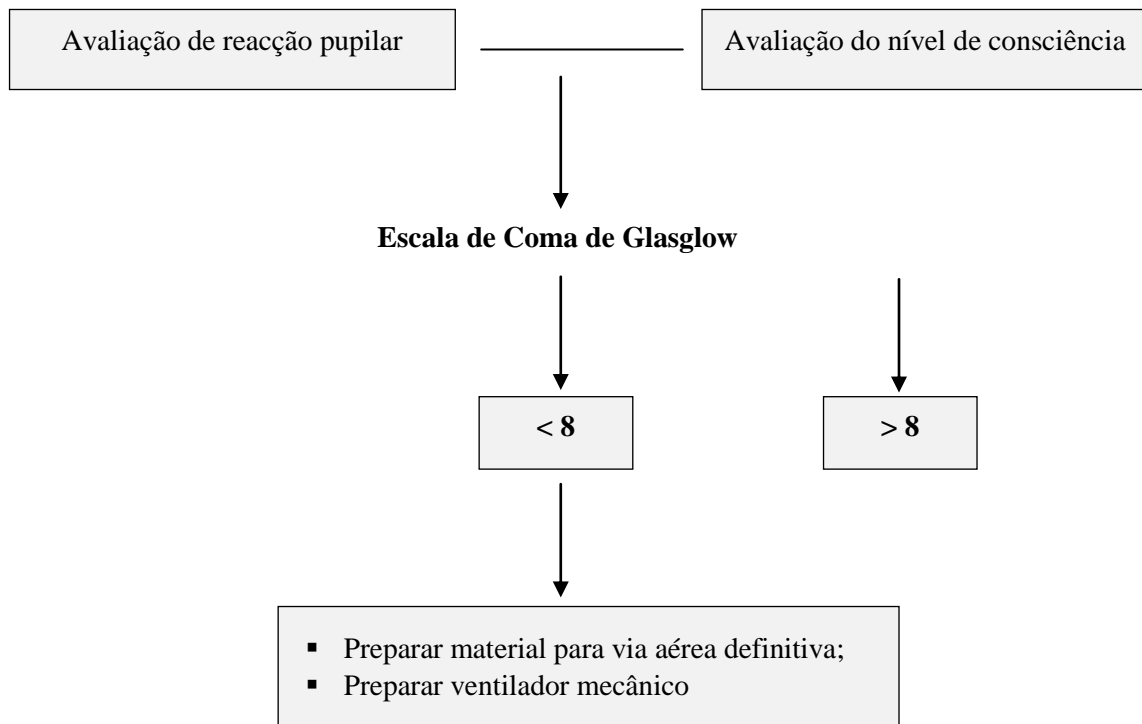
Escala de coma de Glasgow	Pontuação
ABERTURA OCULAR (O)	
Espontânea	4
A estímulo verbal	3
A estímulo doloroso	2
Sem resposta	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA (M)	
Obedece a comandos	6
Localiza dor	5
Flexão normal (retirada)	4
Flexão anormal (decorticação)	3
Extensão (descerebração)	2
Sem resposta (flacidez)	1
RESPOSTA VERBAL (V)	
Orientado	5
Confuso	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Sem resposta	1

Score ECG = (O + M + V); Melhor score possível = 15; Pior score possível = 3.



ALGORITMO – D (Avaliação Neurológica)

D- Avaliação Neurológica



E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DA HIPOTERMIA

Profissional executante da ação: médico, enfermeiro

1E. EXPOSIÇÃO

A equipa de enfermagem deverá seguir os seguintes procedimentos:

- Manter o paciente elevado a cabeça 30°
- Cortar a roupa com tesoura, preferencialmente, nas costuras;
- Fazer o rolamento do paciente traumatizado para investigação do dorso.
- O rolamento será realizado, no mínimo, por 4 profissionais, sendo que, obrigatoriamente, um profissional, o médico, será o responsável para avaliar o dorso do paciente.
- Será necessário um número maior de profissionais para fazer o rolamento, em situações onde o paciente apresentar imobilizações em algum membro do corpo.
- Antes de fazer o rolamento é necessário verificar presença de drenos, sondas ou outros dispositivos fixados à cama para não ocorrer tração. Se não houver contra-indicação, fazer o rolamento para o lado oposto da inserção do dreno de tórax.
- O rolamento será feito quando o profissional que estiver imobilizando a cabeça contar de 1 a 3.

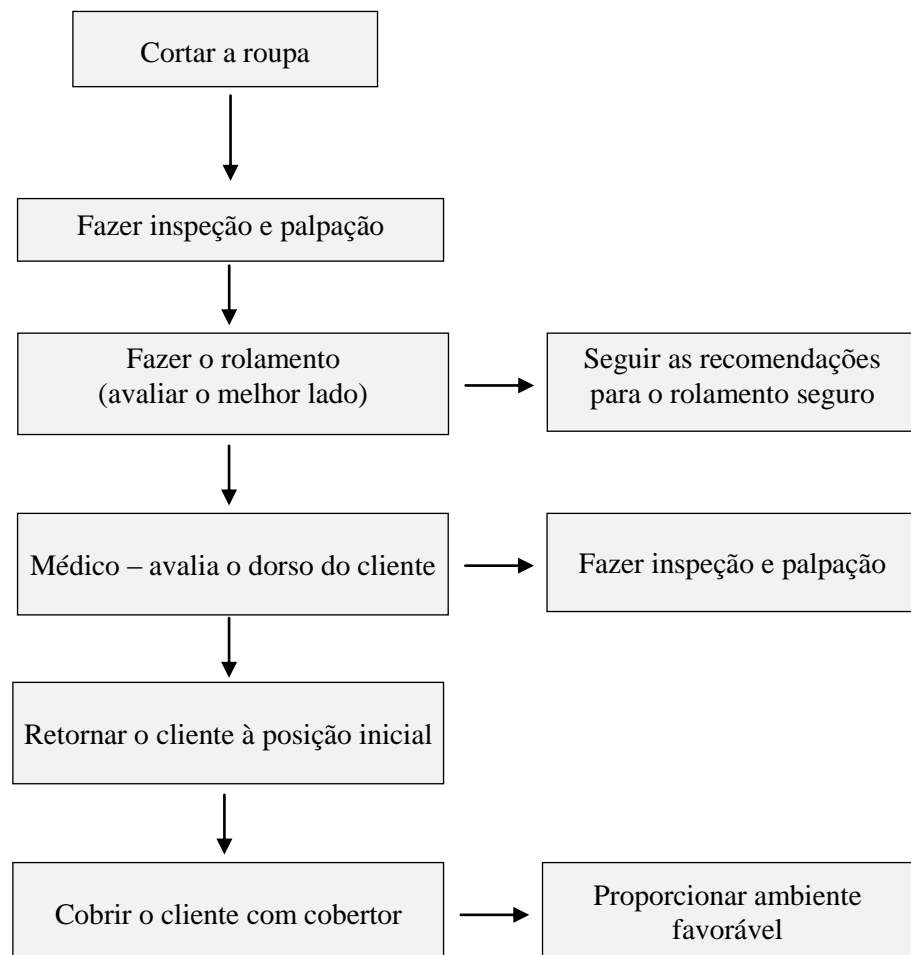
Quando for falado o número 3, todos os profissionais deverão rolar o paciente simultaneamente. Da mesma forma, ocorrerá para retornar o paciente à posição inicial.

2E. CONTROLO DE HIPOTERMIA

- Manter as portas fechadas;
- Cobrir o paciente com cobertor

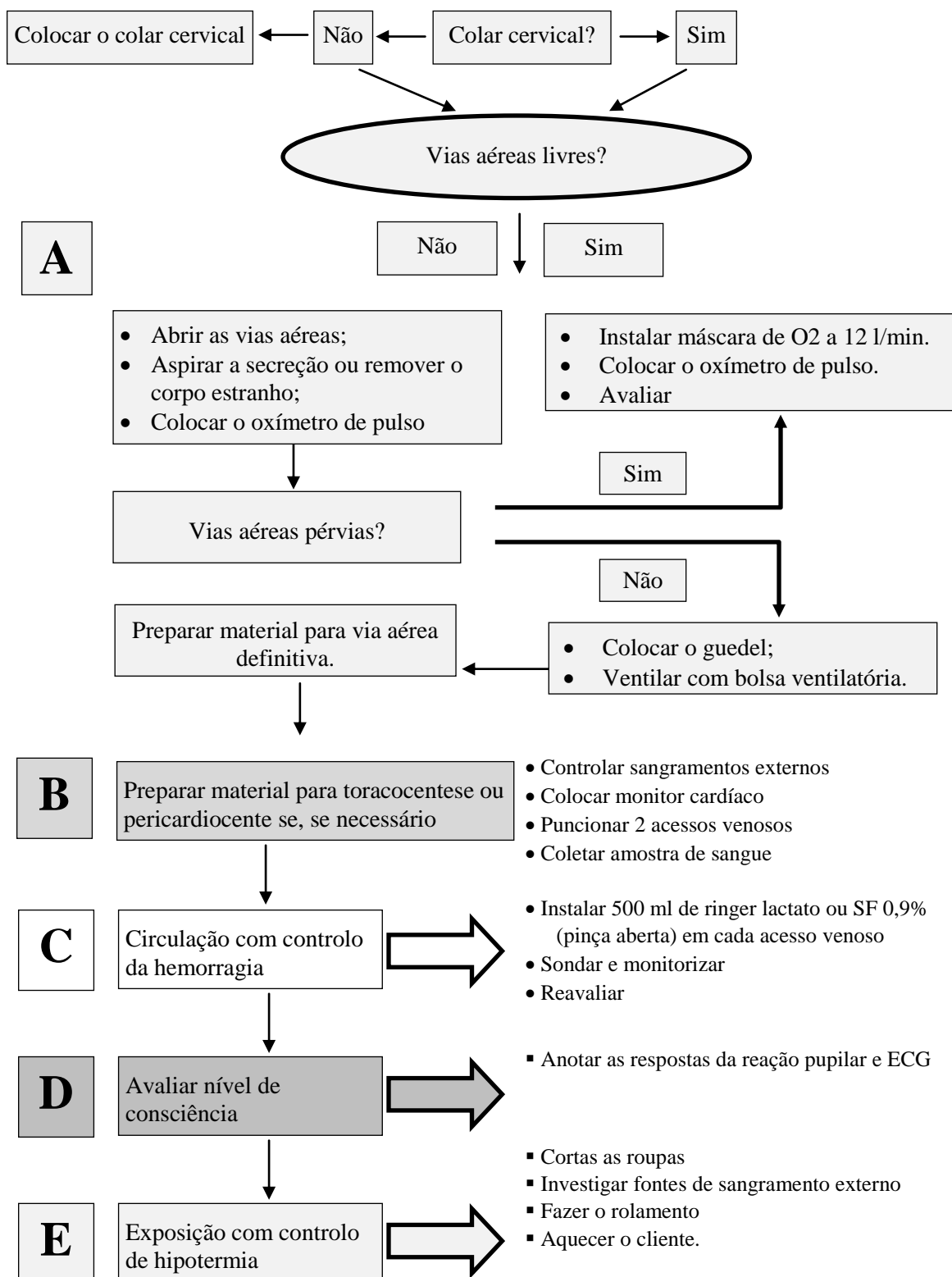
ALGORITMO – E (Exposição com controlo de hipotermia)

E - Exposição com controlo de hipotermia

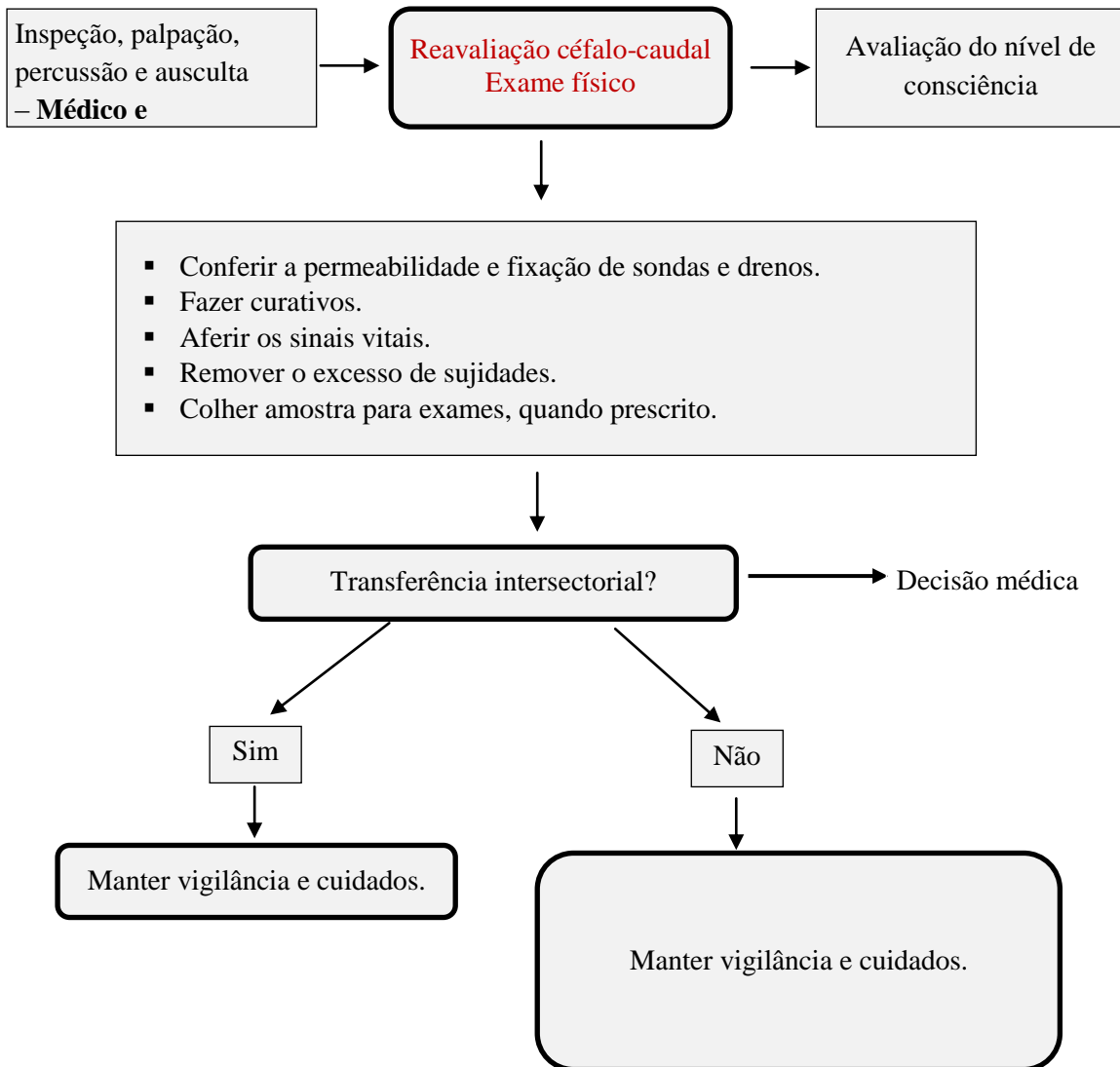


ALGORÍTMO DE ATENDIMENTO A B C D E

E - Exposição com controlo de hipotermia



Atendimento Secundário



Autoria

Advanced Trauma Life Support for doctors (ATLS). Student manual. 6ªed, 1997,

